

KENNTNISPRÜFUNG-PROTOKOLLE // MEDIZIN

Alle Protokolle in diesem Heft wurden von Ärztinnen und Ärzten, die die Kenntnisprüfung abgelegt haben, auf unterschiedlichen Plattformen veröffentlichet. In den Protokollen beschrieben die einzelnen Personen ihre eigene Erfahrungen. Die Freiburg International Academy kann daher keine Garantie für die Korrektheit der Aussagen gewährleisten.

Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Kolleginnen und Kollegen, die uns allen diese wertvolle Informationen zur Verfügung gestellt haben.

Freiburg International Academy gGmbH
Günterstalstraße 17 | D-79102 Freiburg im Breisgau
Deutschland
T +49 (0)761 458 911 10
F +49 (0)761 458 911 19

www.fia.academy

Inhalt

Bundesland: Baden-Württemberg **Stadt:** Ulm **Datum:** Januar 2017

Prüfungsfächer:

Unfallchirurgie/Orthopädie/Schmerztherapie

Prüfungskommission:

Zu jedem Fach gab es ein spezialisierter Arzt.

Prüfungsablauf:

- Praktischer Teil: Dauert ungefähr 2 Stunden. Hier muss man den Patienten allgemein körperlich untersuchen + Anamnesefall, zwischendurch werden auch grobe Wissensfragen gestellt.
- Mündlicher Teil: Dauert für jeden ca. eine Stunde. Theoretische Fragen in Unfallchirurgie und Schmerztherapie.

Praktischer Teil:

- Jeder bekam einen Patienten
- Körperliche Untersuchung
- Herzauskultation
- Leber Palpation Auskultation und Perkussion
- Orthopädie: Gelenke Untersuchung, Neutral Null Methode
- Patient mit Abszess im Oberschenkelbereich und Infektion in Oberarmbereich. Er wurde mit Penicillin behandelt und hat einen Shock entwickelt wegen Penicillin-Allergie.

Mündlicher Teil:

Orthopädie:

- Erster Fall: Eine Patientin gestürzt von 3m Höhe, kommt zu Ihnen mit Bewusstseinsstörung. CT Bild man musste eine epidurale Blutung erkennen.
- 2 Fall Bildgebung zu Frakturen in den Beinen Tibia und Fibula, Patientin hat eine Blutung im Gehirn. Die Frage war was soll man zuerst behandeln (Tibia od. Fibula?) und wie? Bei dieser Frage habe ich auf einem Fixateur externe bis das Stoppen der Blutung hingedeutet, der Professor schien zufrieden zu sein.
- Fragen zur Blutungen u. normalen Blutdruckwerte
- Fragen zum Kompartmentsyndrom, Ätiologie? Wie untersucht man es? Sensibilität-Störungen (Taubheitsgefühl, Kribbeln), welche Nerven sind damit betroffen?

Schmerztherapie:

- Schmerzrezeption (Nozizeption), Schmerzfasern
- Schmerztypen (somatisch und viszerale)
- Chronischer Schmerz (Ursachen, Schmerzskala und Behandlung)
- Migräne mit Aura
- Complex Regional Pain Syndrom (Fragen zu CRPS Typ 1 und CRPS Typ 2)
- Wie messt man Schmerzen bei Kinder?

- Morphinhaltige (Morphin Derivate) bzw. morphinlose Schmerzmittel

Unfallchirurgie:

- Fragen zum Bronchialkarzinom, Bildgebung, Staging und die passende Chemotherapie
- Fragen zum Leberkrankheiten, Patient mit Ikterus (Ursachen, Therapie und weiter Detail)
- Welche Laborwerte werden bei Ikterus erhöht?
- Antibiotika, wie funktioniert, typen (Die Fragen dazu waren relativ einfach)

Kenntnisseprüfung - Bayern

====================

Ein Kollege hat die Prüfung in Bayern bestanden... Hier können Sie die Details finden... Viel Spaß!

====================

Liebe Kollegen,

ich bin froh euch mitzuteilen, dass ich die Kenntnissprüfung am 27.10.2016 in der Medizinische Poliklinik IV der LMU München bestanden habe. Die Prüfung fand in 2 Tagen auf einer geriatrischen Station statt. Die Prüfer waren fair und die Prüfungsatmosphäre entspannt.

Ich erhielt eine 89 jährige Dame. Das führende Problem welche sie zum Krankenhaus geführt hatte, war in der Ruhe aufgetretene linksseitige thorakale Schmerzen mit Ausstrahlung im Rückenbereich. Zudem klagte die Patientin über Belastungsdyspnoe. Seit ca. 1 Jahr hatte die Patientin diese o.g. belastungsabhängigen Beschwerden. Ein akutes koronares Syndrom wurde durch EKG (keine Ischämie typischen ST-Strecken Veränderung) und Herzenzymkontrolle (Trop T, CK, CK-MB nicht erhöht) ausgeschlossen. Im Aufnahme Labor war das D-Dimer erhöht. Bei Verdacht auf Lungenembolie wurde ein CT-Thorax mit CM durchgeführt, somit ergab sich kein Hinweis auf eine Lungenembolie. Für weitere Abklärung wurde kardialen Stufendiagnostiks durchgeführt. In der Koronarangiographie zeigte sich kein Nachweis für eine interventionsbedürftige Stenose. Es wurde eine konservative Behandlung mit ASS und Statine empfohlen. Konsekutive Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren wurde weiter empfohlen. Hier in mein Fall hatte die Patientin als cvRF eine arterielle Hypertonie welche mit ACE-Hemmer und Bisoprolol gut eingestellt war. Bei bekannter chronischen Niereninsuffizienz ist die ACE-Hemmer hier günstig.
Ich habe als Hauptdiagnose stabile Anginapectoris angegeben. In die Epikrise habe ich ausführlich über das führende Problem einschließlich weitere Diagnostik, Therapieplan erwähnt. (Dr. Schmidmaier hatte uns bereits darauf hingewiesen).
Die Patientin hatte viele andere Nebendiagnosen. Sie hatte bekannte Osteoporose mit alten osteoporotischen Sinterungsfraktur im Bereich LWK 2 und 3 welche mit Kyphoplastie operativ behandelt wurde (aktuell ist die Patientin unter Therapie mit Vit. D+Calzium+Alendronsäure), Eigentlich Alendronsäure ist Kontraindiziert bei GFR < 35ml/Min. Bei meiner Patientin war die GFR 25ml/Min, aber trotzdem erhielt sie Alendronsäure. Die Prüfer hatten mir gelobt als ich in meinem Bericht es hervorgehoben hatte. Er sagte zu mir dass die sie es übersehen hatten.
Non-Hodgkins-Lymphom wurde vor 6 Jahren mit Chemotherapie behandelt worden. Hatte subklavikulär rechts ein Port gehabt.
Chirurgische Diagnosen waren Z.n. beidseits Ovariektomie (Anamnestisch V.a. Ovariankarzinom, Z.n. Appendicektomie, Z.n. Cholezystektomie, Z.n. Unterarmfraktur mit Z.n. Plattenosteosynthese
Patienten Vorstellung und Bettenprüfung und die Fragerunde nach Bettenprüfung
Gleich nach der Patientenvorstellung wurden alle Prüfling von alle drei Professoren ca. 20 Minuten geprüft. Danach gingen wir alle zu den Patienten. Im meinen Fall die restliche Fragerunde hatte vor der Patientin stattgefunden. (Also die Bettenprüfung und die Fragerunde zusammen). Mir wurde 67 Minuten gefragt. Ich weiß es genau weil ganz am Ende der Fragerunde hatte Professor Schmidmaier zu den anderen Prüfern gesagt. Mir wurde viel gefragt. Die Prüfer hatten viel mehr Zeit gehabt als wir nur 2 Personen waren und die Prüfung in 2 Tagen aufgeteilt war.
Die folgenden Fragen wurden mir gefragt. Ich habe alle Fragen unter wichtigen Punkte zusammengefasst.

1. Anginapectoris , Akutes koronar Syndrom- Unterschied, Klinik, Diagnostik, Therapie, cvRF,

2. Arterielle Hypertonie- Ursache für primäre- und sekundäre aHT, Therapie, Wirkung, Nebenwirkung, Kontraindikation von Antihypertensiva (ACE-Hemmer, Betablocker), Welche Antihypertensiva geeignet für Patienten mit bestimmte Grunderkrankung (Mir wurde gefragt warum ACE Hemmer ist geeignet bei chronische Niereninsuffizienz), Warum ist eine ACE-Hemmer und AT1 Blocker Kombination kontraindiziert, Welche Antihypertensiva ist geeignet nach MI, warum?

3. Lungenembolie: Risiko Einschätzung bei Lungenembolie (Welches Score-System?)◊Wellscore (alles über Wellscore gefragt und hat gefragt wie viele Punkte hat meine Patientin usw.) Diagnostik, Therapie, Fragen über Heparin-(fraktioniert und unfraktioniert), Lyse, NOAK, Bei V.a. LAE nach welche andere klinische Zeichen suchen Sie. Der Prüfer hatte die Frage nochmal

wiederholt – außer Lunge welchen anderen Körperteil untersuchen Sie und warum. Ich habe gesagt muss man die Beinen untersuchen für Hinweis auf TVT (Es war richtig), Ursachen für eine D-Dimer Erhöhung.
Wie verlaufen die Venen am Unterschenkel (Vena Saphena magna und parva) und am Oberschenkel?

4. Ich musste demonstrieren wie man die Lunge untersucht. (Ich fing an Thoraxform zu beschreiben. Herr S sagte nur die Lunge zu untersuchen. Ich machte nur Perkussion und Auskultation und erklärte wie man die Lungenexpansion untersucht, Er hat mir über die Nebengeräusche gefragt (Was hört man in Bronchialasthma, Herzinsuffizienz) Was ist der Perkussionsbefund falls Pleuraerguss vorhanden ist. Er hat mir gefragt wo liegt die Lungen grenze normaler weise (habe es richtig gesagt). Er hat mir gesagt das Herz zu auskultieren und hat gefragt welche Herzklappe hört man am besten wo? Auskultationsbefund für Mitralklappen Insuffizienz und Aortenklappen Stenose, Was erwarten Sie bei Rechtsherzinsuffizienz? Bein ödem, Aszites, Hepatosplenomegalie. Wie untersucht man ob sie eine Hepatomegalie hat? Ich musste Perkutieren und palpieren (Er beobachtet wie man es macht und wie man die Patientin auffordert), Wo muss man perkutieren- mid klavikulare Linie, normale Lebergröße? In vertikaler Richtung an der mid klavikulare Linie 12-15 cm bei Männern, bei Frauen ist der Leber kleiner

5. TVT: Klinische Zeichen- Hoffmans, Peyers (Demonstration + Erklärung), Wo messen Sie genau die Wadenumfang? Ich habe gesagt 5-10cm unter der Tuberosität Tibia beidseits. Wichtig ist das man die gleiche Stelle an beiden Unterschenkel messen. Diagnostiks: zumindest Venösen Doppler, schauen ob die Vene komprimierbar ist, wenn nicht dann pathologisch. Was sind die Risikofaktoren für TVT

6. Osteoporose: Ursache (bei dieser Patient 1. Ovariektomie 2. Renale Osteopathie bei sekundäre Hyperparathyroidismus wegen chronischer Niereninsuffizienz 3. Vit D (Calcitriol) Mangel bei chronische Niereninsuffizienz) Andere Ursachen sind Postmenopausal bei Frauen, Langzeit Cortison Therapie etc. Diagnostik: Labor-ALP, Ca, PTH etc, Knochendichtemessung (T-Score), Behandlung: Vit D (bei Hyperkalzämie absetzen), Calzium, Bisphosphonate (cave! Niereninsuffizienz), Strontium Ranelat, SERM (Selektive Östrogen Rezeptor Modulator z.B. Ranolazin)

7. Meine Patientin hatte eine substituierte latente Hypothyreose gehabt. ◊ Die Fragen war wie untersuchen Sie die Schilddrüse (ich habe darüber berichtet, nicht demonstriert), Was ist die häufigste Ursache für eine Hypothyroidismus, Fragen über Hashimotos, Im Labor-welche Antikörper? , Welche Antikörper in M. Basedow, Wie nennen sie die Op Schnitt bei Thyreoidektomie- Kocher-kragenschnitt, Sie haben gesagt die Patientin hat eine Latente Hypothyreose was würden Sie machen. Ich habe gesagt die Patientin nimmt zurzeit L-Thyrox 100µg und dass ich will nicht eine Dosisanpassung gleich machen. Warum? Ich habe gesagt sie das TSH ist erhöht und fT3, fT4 grenzwertig im Normbereich, In diesem Alter muss man keine enge Einstellung machen. Ich habe gesagt ich weiß es nicht wann wurde bei ihr zuletzt die Dosis angepasst worden. Deswegen wollte ich nach 4-6 Wochen eine Verlaufskontrolle machen und dann entscheiden. Was machen Sie bei jüngeren Patienten. Ich habe gesagt bei o.g. Konstellation wurde ich auf jeden falls Dosiserhöhen vor allem für Frauen die Kinderwünsch haben. Die Prüfer scheinen zufrieden zu sein. ϑ
Zu meinem Mitprüfling waren die Fragen bezüglich: Führendes Problem bei seiner Patientin war Schwindel, Zudem war viele Fragen vom Notfallmedizin (die Skripten vom VIA Institut reicht völlig aus),Manche Fragen war für uns beide gleich Untersuchung des Abdomens etc., Die Prüfer hat ihm über Anatomie des Herzen und vom Herzen ausgehende Gefäßen gefragt, Wie auskultieren Sie periphere Pulsen usw.

8. Herr Schlemmer die Palliative Mediziner hatte über Chemotherapie gefragt- warum Chemotherapie bei dieser Patientin, wo liegt die Port bei dieser Patientin?- in Vena Subclavia. Risiken bei Port-Anlage? Nebenwirkungen bei Chemotherapie- Warum sind die Blutzellen betroffen- Ich habe viele Faktoren genannt aber die richtige Antwort ist „Alle Zellen die schnell teilen sind am schwersten betroffen- Karzinomzellen, Blutzellen, Spermien, Haarfollikel usw.), WHO-Analgetika Therapie, Fragen über Opiate, Musste ich die Namen von starke Opiate Nennen, Nebenwirkungen, Rezeptoren, Fragen über Schmerzpflaster- Vorteile, Nennen Sie ein Opiat Antagonist.(Naloxon); Pupillen bei Opiatvergiftung

9. Frau Nüssler (Vizeral Chirurgin):-
Fragen über Appendizitis ,Appendektomie – Indikation, laparoskopische AE- Vorteil, Demonstration- Untersuchung des Abdomens, Sie hat alle Appendizitis Zeichen mir demonstrieren lassen einschließlich mit ein Bericht wie genau führt man die Untersuchung und warum ist es so- Bei Appendizitis - Drückschmerzen Mc-Burney und Lanz Punkt, Loslasschmerzen (ipsilaterale Seite), Bloomberg Zeichen (kontralateralen Seite), Psosas- (bei retrocecaler Lage), obturator-, Rosvingszeichen, Die Patientin hatte am Bauch 2 post-op Narbe gehabt bei Z.n. AE und Z.n. Ovariektomie. Ich müsste zeigen welche Narbe ist für AE und welche für Ovariektomie (Kennen Sie die Name der Operation bei Ovarian Ca? Ah! Ich hatte am Vortag zu Hause über Ovariektomie gelesen- Wertheim Operation!!! Keine Fragen mehr über Gynäkologie 😉 Gott sei Dank! ϑ

Cholezystitis- Ursache, Was erwarten sie im Labor, Was sehen sie in der Abdomen Sonographie, Was machen sie noch—ERCP, warum? Papillotomie und Steinextraktion. Welche Komplikationen sind mit ERCP verbunden?

Mein mit Prüfling wurde über M.Chrons, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden gefragt.
Ich wünsche euch viel Erfolg. Lern fleißig!!! Sie Prüfen ob die Grundkenntnisse vorhanden sind.
Die Bücher die ich gelesen habe:- haupsächlich Checkliste Innere medizin, Fallbuch Innere, Fallbuch chirurgie, Fallbuch Pharmakologie, EKG Pocket,Körperliche Untersuchung ausführlich einschließlich die Name von verschiedene Zeichen gelesen.. Darüber hinaus Notfall medizin, Rechtsmedizin, Strahlenschutz vom Strahlenschutz Grundkurz Fortbildung, Radiologie Basics.
Ich denke es reicht.

Herzliche Grüße

Hallo liebe Kollegen. Ich habe in Uni Würzburg Kenntnisprüfung bestanden. Ich habe mich im Januar für die Prüfung angemeldet. Im März habe ich Bescheid über den Termin (July)bekommen. 2 Wochen vor der Prüfung kriege ich Bescheid über die Kommision(Prof. Stork *innere(, Prof von Rahden* chrir, Prof Buchs*nuklearmed.
Von uns 3, 1 hatte es nicht geschafft.
Nach prak. Teil (normale Anamnese und USG, mein war PTCA-DES nach STEMI, DM Typ iI) am gleichen Tag hat mein mund Teil. Fragen:
Chir
viele Blick Dg von CT und RTG (oesophagusdivertikel, Aneurysma aorte abd, Pneumoperitoneum, Hernie ing.)
Tetanus impfung, Hundegebisswunde Versorgung. Pat liegt auf der Strasse, was machst du...
Inn
Pat-Vorstellung, nach EKG entscheiden wo liegt Stenose, Rechts-Linkskatheter Ind. DM. Kardivask risikofakt.
Antikoagulation. Herzinsiffizienz, NYHA-Klass
Nuklear;
alles mögliches über Schilddrüse> Hypo- Hyperfunktion. Struma, M. Basedow, kalte-,heisse Knoten. CA und uberlensrate Therapie

ميونخ:

TUM Klinikum rechts der Isar München
Prüfer: Innere, Chirurgie, Radiologie

Was ich mich erinnern kann:

Fall: Z.n Stenteinlage im distalen Ösophagus wegen Blutung .....

Innere: OG Blutung Ursachen bzw DD + Behandlung
Forrest Klassifikation
Anämie : Ursachen und Arten
Ulcus Vent. (Alles)
Ulcerosa Colititis :(Alles)
Ileus : (Alles)
Diverticulitis Komplikation
Darmkrebs Behandlung

Chirurgie:
Alles über Hernie
Alles über Appendizitis
Alles über Ösophagus Karzinom

Radiologie:
wirbelsäule und Spinal Cord läsion ,die man mittels MRT bestimmen kann
Angigraphie Benutzungen
Durchblutung Gehirn und Darm
Mesenterial Infarkt
MRI KontraIndikation

Berlin 4.10.2016
Kardiologie - Chirurgie - Dermatologie

Kardiologie:
Harnwegsinfekt : Risikofaktoren, Urinanalyse, Bakteriellezahl, Komplikation, Behandlung.
Asymptomatische Backterurie.
Lungenembolie: Behandlung, Untersuchungen, Behandlung, Was ist INR, Dabigatran, Rivaroxaban.
Impfung

Chirurgie:
Diverticulitis: Bedeutung,Komplikation
Bauchtrauma: Korperliche Untersuchung, Untersuchungen.
Gastrointestinale Blutung: Untersuchungen.

Dermatologie:
Haut Screening im Deutschland
Basalzellkarzinom: Lokalisation,Behandlung.
Aktinesche Keratose: Untersuchung,Behandlung.
Plattenepithelkarzinom: Lokalisation,Behandlung.
Malignes Melanom: Formen, Histologisch Befund, ABCDE Regel, Metastasierung, Behandlung

Praktisches Teil:
Nur körperliche Untersuchung, keine Anamnese.
Untersuchung von Herzspitzenstoß, Herz Auskultation,Herzinsuffizienz Untersuchung(Halsvenen,Hepatojugular Reflex, Periphere ödem, Anasarca, Lungen Perkussion, Abdomen Palpation und Auskultation,Nieren Klopfschall
==============================

Epikrise

Name des Untersuchers: Majd Rabie
Anlass der Untersuchung: Approbationsprüfung
Datum der Untersuchung:15.11.2016
Ort der Untersuchung: Franziskus-Krankenhaus (St.5b)

Patienten Namen: Herr Thomas E
Geburtsdatum: :::::::::::, Fall-Nr. ::::::::::

Aufnahme Grund:

Herr Thomas E wurde am 07.11.2016 aufgrund Teilthrombosiertes Poplitealaneurysma links zum geplanten chirurgischen Eingriff, einer Ausschaltung des Poplitealaneurysma links und Anlage eines Venenbypass von der A.popliteal im PI-Segment auf die A.popliteal im PIII-segment in Reversed-Technick mit der ipisilateraler Vena saphena magna ,aufgenommen.Der Eingriff erfolgte am 08.11.2016.

Hauptdiagnosen:
Poplitealaneurysma links mit einem Maximaldurchmesser von ca.32 mm.

Nebendiagnosen:
Z.n.Konventioneller Ausschaltung des Poplitealaneurysma rechts mittels femoropoplitealem PIII-Bypass (Omniflow II)am 18.08.2016.
Ektasie der infrarenalen Aorta mit einem Maximaldurchmesser von ca 35 mm.
Nikotinabusus (15 PY).

Aktuelle Anamnese:

Die stationäre Aufnahme von Herr Thomas Esterle erfolgte aufgrund einer geplant operativen Versorgung eines bekannten Poplitealaneurysma links.
Zudem habe er kein Fieber ,Schüttelfrost oder Nachtschweiß gehabt.Der Appetit wäre normal und er habe keine Gewichtsveränderung bemerkt.

Vegetative Anamnese:
keine Ödeme. Appetit gut. Keine Ein- oder Durchschlafstörungen. Miktion und Stuhlgang sind unauffällig. Keine Übelkeit, kein Erbrechen.
Noxen: Nikotinabusus 15 PY, Gelegentlicher Alkoholabusus.

Vorerkrankungen: Keine bekannt
Voroperationen:Z.n.Konventioneller Ausschaltung des Poplitealaneurysmas rechts mittels femoropoplitealem PIII-Bypass (Omniflow II)am 18.08.2016.

Familienanamnese:Negativ
Medikamente: ASS nur bei Bedarf (Kopfschmerzen)

Medikation bei Aufnahme Vom 07.11.2016

ASS	100 mg	p.o.	1-0-0
Atorvastatin	20 mg	p.o.	0-0-1
Ramipril	2.5 mg	p.o.	1-0-0
Xarelto	20 mg	p.o.	1-0-0
Mono-Embolex	3000 IE	s.c.	0-0-1
Novalgin	1 g	i.v.	Bei Bedarf

Allergien und Unverträglichkeiten: Keine bekannt.

Sozialanamnese: arbeitet als Banker, ist Verheiratet, hat zwei kinder.

Körperliche Untersuchung:

Größe: 183 cm
Gewicht: 100 Kg
BMI: 29.9 kg/m²
Allgemeinzustand: Gut
Ernährungszustand: Normal
Bewusstsein: wach, orientiert zu Raum, Zeit, Situation und Person

Haut: trocken, keine Petechien, keine Ödeme, keine Rötung
Schleimhäute rosig und feucht.

Kopf und Hals: Keine Ödeme, kein Kalottenklopfschmez, kein Meningismus; (schmerz-) freie Beweglichkeit; Sensibilität unauffällig; Nervenaustrittspunkte unauffällig; Mimik unauffällig, keine palpablen Lymphknoten, Thyroidea nicht vergrößert palpabel, keine Resistenzen, keine Venenstauung, Karotidenpulse palpabel, keine Geräuschfortleitung.

Augen: keine konjunktivale Injektion, Skleren weiß, Pupillen isokor, Pupillenreaktion direkt und indirekt seitengleich und prompt, Konvergenz ohne pathologischen Befund.

Mund und Rachen: keine Zyanose, Mundhöhle unauffällig, Zunge nicht belegt, Rachenring unauffällig, Uvula und Gaumensegel unauffällig, teilsanierter Zahnstatus, Sprache klar und deutlich.
Ohren: kein Schwindel, kein Nystagmus, Hörvermögen gut.

Thorax: Eupnoe, Atemfrequenz 15/Minute, keine Thoraxdeformität, Thoraxdrainge rechts, keine subklavikulären oder axillären Lymphknoten tastbar, seitengleicher

Stimmfremitus Atemverschieblichkeit 2 cm, Atemgeräusche vesikulär, leichte ,
keine Bronchophonie auskultierbar. Sonorer KS.

Cor:Herztöne rein und rhythmisch, keine systolischen oder diastolischem Herzgeräusche. HF 72 /min, RR 130/85 mmHg.

Abdomen: Bauchdecke weich, Darmgeräusche lebhaft, kein Druckschmerz, keine Resistenzen.Milz nicht palpabel, Nierenlager klopfschmerzfrei. Leber glatt, ca 2 cm unter dem Rippenbogen tastbar.
Extremitäten: Bewegungsapparat und –Koordination unauffällig.
Wirbelsäule: kein Klopf-/ oder Druckschmerz, keine Skoliose

Pulsstatus: A. radialis beidseits gut tastbar, A. poplitea, A. tibialis posterior und A. dorsalis pedis beidseits tastbar.

Radiologie-Befunde vom13.08.2016 :
CT-A zeigte ein teilthrombosiertes Poplitealaneurysma beidseits.

Ruhe-EKG bei Aufnahme:
Sinusrhythmus,Keine Pathologische Befunde.

Laborparameter :

07.11.2016: Harnsäure 7.12 mg/dl, INR,Hämatokrit 43 %, PTT 34.3.
08.11.2016: Quick 106 %,INR 0.96,PTT (31.2 sec dann 34.7 sec),
Leukozyten 10970,Hämatokrit 39.2 %.
09.11.2016:PTT(43.7 sec dann 41.6 sec)

Therapie und Verlauf:

Nach Aufklärung und Vorbereitung der Patientin wurde eine Ausschaltung des Poplitealaneurysma und Anlage eines Venenbypass von der A.popliteal im PI-Segment auf die A.popliteal im PIII-segment in Reversed-Technick mit der ipisilateraler Vena saphena magna am 08.11.2016 komplikationslos durchgeführt. Im postoperativen Verlauf wurde er mit spontanatmung und stabilem Kardiopulmonalen System von 08.11.2016 bis zum 09.11.2016 auf der Intensivstation übergenommen,wo die begonnene balancierte Volumentherapie fortgefürt wurde unter Analgesie mittels Novalgin intavenös und Fraktionierten Piritramid-Gaben.Weiterhin erfolgte eine PTT-gesteurte Antikoagiolation via Heparin-Perfusor.Die Füße waren warm, die Arterien dorsalis pedis und tibialis posterior bds. Palpabel.

Der Postoperative Verlauf gestaltet sich regelrecht, Mobilisation und kostaufbau wurden gut vertragen.

Angiologie-Befund Vom 14.11.2016: Postoperativ.

Dopplersonographie:

rechts			links		
A.brachialis systolisch	140	mmHg	A.brachialis systolisch	145	mmHg
A.brachialis diastolisch	80	mmHg	A.brachialis diastolisch	90	mmHg
A.tibialis posterior	160	mmHg	A.tibialis posterior	160	mmHg
A.dorsalis pedis	150	mmHg	A.dorsalis pedis	150	mmHg

Am Tag der Entlassung (15.11.2016) war der Fußpuls tastbar, die Wunden sind reizlos.Ein Fadenzug ist ab dem 10. Postoperativen Tag möglich.

Emphelunngen :
ASS 100 mg lebenslang
Ramipril 5 mg

Ort ,Datum
Berlin,19.11.2016

Unterschrift
Majd Rabie

4

Gleichwertigkeitsprüfung :November .2016

Herr PD Dr.Ralph.I.Rückert .Chirurgie (Vorsitzender):

Herr Dr.Lutz Liefeldt-Innere Medizin

Frau Dr. Gudrun Bayer .Allgemeinmedizin

Zur person : Freundlicher Prüfer ,wohlwollend ,schränkt nicht ein ,hilft wenn man auf Schlauch steht und manchmal gibt die Antwort vor.

10 Tage vor der Prüfung wurde angerufen um :Anamnese ,körperliche untersuchung und Epikrise zu schreiben.(Patient mit poplitealenaneurysma bds), wurde ich aber von der Epikrise in der Prüfung nicht gefragt.

Der Praktische Teil:

Ich hab eine komplette Anamnese erhoben,ohne Unterbrechung.(dauerte ca.12 bis15 Minuten).

Dann ,Wie machen Sie Status Normalerweise?hab gesagt (kopf und Hals Status ,Thorax und Herz, Bauch dann Pulsstatus und Lymphknoten).

Untersuchen Sie die Lymphknoten? Hab gemacht mit der Namen auch die Axilläre Lymphknoten mit Handschuhe natürlich . Vergrößerung in den linken supraklavikulären Lymphknoten ? Virchow-Drüse bei Magen Ca.

Milzuntersuchung? Welche Patientenlage am Besten? Rechtseitegenlage.

Popliteapulse tasten? War die rechte nicht tastbar, die linke war tastbar. Er sagte auch die Assistenärzte in Seinem Team finden die Popliteapulse schwer zu tasten.

Zeigte mir am Ende CT-Abdomen mit Raumforderung in der Mitte des Unterbauches.was könnte sein? Ich Sagte Lymphoma?. war richtig.

Der Theoretische Teil:

Patient mit Akutem Abdomen ,wurde Appendizitis diagnostiziert..was machen Sie?

Nahrungskarenz, Flüssigkeitskarenz ,Parenterale Ernährung , Analgitika ,Antibiotika und zur Op Schicken.

Was sind die Koplikationen der Appendizitis ? (Gedeckte Perforation,Freie Perforation,Perityphlitischer Abszess). Die Behandlung der Komplikationen?

Bei der Operation haben Sie keine Appendizitis gefunden was könnte sein?(Meckel-Divertikulitis).

Die Zeit war fast abgelaufen ,deswegen hat mir schnell drei CT-Abdomen gezeigt .

Das erste war -------Gallensteine.

Zweite war Aortendissektion mit Rohrprothese.

Dritte war Aortenaneurysma mit Y Prothese.

Mit Herrn Dr. Rückert brauchen Sie keine Angst zu haben.Auf jeden Fall machbar.

Gleichwertigkeitsprüfung :November .2016

Herr PD Dr.Ralph.I.Rückert .Chirurgie (Vorsitzender):

<u>Herr Dr.Lutz Liefeldt-Innere Medizin</u>

Frau Dr. Gudrun Bayer .Allgemeinmedizin

Zur Person: Sehr ruhiger Prüfer gucket ernst ohne Reaktion,aber auch angenehm und machbar, führt Kein Vorgespräch.

Der Praktische Teil:

Patientin mit Lymphoma (Zn. Laparskopie mit biopsien)

Zuerst .Bauchuntersuchung .Hab mit der Inspektion angefangen , Auskultation mit Aorta und Nierenartierien. Palpation nur oberflächlich wegen vor kurzer Zeit Laparskopie . Wie untersuchen Sie die Leber nur Beschreiben? Lebergrenzen Bestimmung? Habe ich (Perkussion ,Kratzauskultation) gemacht.

Halsvenenstauung Ursache?

Am Ende .wie bestimmen Sie der Zentrale Venendruck (ZVD)?! .

Der Theoretische Teil:

Patient mit Thorax Schmerzen DD?

Hab ich mit AP und ACS angefangen ... Herzinfarkt: Symptome und Diagnose ? STEMI und NSTEMI :Herzenzyme ? Das schnellste ? Troponin.

LAE :Symptome ? Aortendissektion? Symptome ?Diagnose(CT-A oder TEE).

Warum Thoraxschmerzen bei Lungenentzundung ?Wegen Pleuritis.

Sehr Starke Brustschmerz mit erhöhung der Herzenzyme (Aortendissektion mit Koronararterienverletzung wegen der Erweiterung der Dissektion.

Was bedeutet palliativmedizin?

Gleichwertigkeitsprüfung :November .2016

Herr PD Dr.Ralph.I.Rückert .Chirurgie (Vorsitzender):

Herr Dr.Lutz Liefeldt-Innere Medizin

Frau Dr. Gudrun Bayer .Allgemeinmedizin

Zur Person:Sehr nette Prüferin.hat Vorgespräch gemacht und die Otoskopie ausgeschlossen.

Hat Themen erwähnt zB(Kopfschmerz.Müdigkeit,Rückenschmerz..).und Impfung nach STIKO.

Der Praktische Teil:

Herzuntersuchung? Inspektion, Palpation (Herzspitzenstoß) wo untersuchen Sie die Beinödeme ? entlang der Tibiakante. Auskultation. Wenn die Klappen nicht gut hörbarsind bei Rücklage was Tun? Auskultation im Sitzen. Hab alles über Herzuntersuchung alleine erzählt , deswegen fragte sie selten.

Der Theoretische Teil:

Eine 42 järiger Frau mit Müdigkeit .was machen Sie?

Ich: Anamnese B-symptomatik, Vorerkrankungen. (Herz ,Lunge...)..........Dr.Bayer:keine.

Ich: Labor : Blutbild,:TSH ,T4,T3.......Dr.Bayer:HB:9.2..

Ich:Anämie .MCV,MCHC.Ferritin,Transferrin...Dr.Bayer: hätte Eisenmangelanämie.Ursache?

Ich:gynäkologische Blutung wegen Myom oder CED....Dr:Bayer :Was noch?

Ich:Stand auf Schlauch........Dr:Bayer..:Die Patientin ist Vegetarierin,isst kein Fleisch.

War nicht schlimm.

Letzte Frage:Auf Was müssen wir bei 13 jährigem Mädchen achten?

Humane Papillomaviren (HPV)-Impfung.Welche Erkrankung?..zervix Ca.

Macht euch keine Sorgen .Frau Dr.Bayer Machbar!.

Epikrise

Name der Untersucherin: Hala Raed

Anlass der Untersuchung: mündliche Prüfung zum 2. Abschnitt der Kenntnisse Prüfung

Datum der Untersuchung: 24.11.2016

Ort der Untersuchung: Charité Campus Mitte, Kardiologie

Patientendaten:

Name: G.G

Geburtsdatum: xx.xx.1944

Aufnahmegrund:

Frau G. wurde am 22.11.2016 mit Verdacht auf KHK zur invasiven Diagnostik und ggf. Intervention von dem Ärztehaus Berlin auf die Kardiologische Station 203A am Campus Mitte der Charité verlegt.

Hauptdiagnosen:

1. Verdacht auf koronare Herzkrankheit (KHK)
2. Arterielle Hypertonie
3. Kombiniertes Mitral-Aortenvitium
4. PAVK
5. Erhöhte Kreawerte.

Nebendiagnosen:

1. Stenose der Arteria Karotisinterna beidseitig Z.N Operation beidseitig und Implantation von mehreren Stents beidseitig 2000 -2013
2. Stenose der Arteria iliaca rechts Z.N PTA und Stent 2013.
3. Hypercholesternämie
4. Hyperurikämie
5. Nikotinabusus (1 Schachtel tgl.) 50 jahrelang.
6. Allergie auf Penicillin
7. Positive Familienanamnese (Vater: plötzlicher Herztod)

Jetzige Anamnese:

Mit seit einem Jahr bestehenden, nun deutlich zunehmenden, im Charakter krampfartig und drückend empfundenen Retrosternalschmerzen stellte sich Frau G. Am 11.11.2016 in der Kardiologie-Klinik vor.
Nach Angabe der Patientin treten die Schmerzen bei geringster Belastung (ungefähr 50 m) auf, und nach Einnahme Nitropräparat dauerten 2 Minuten .
Auf anfrage sagt die Patientin ,dass die Schmerzen wetterabhängig seien und in beide Armen ausstrahlen würden .
Die Patientin klagt seit zwei Jahren über bestehender Belastungsdyspnoe ; die im Verlauf der Zeit sich verschlechtert habe und in letzter Zeit mit den obengenannten Schmerzen verbunden sei.
Weiter wurde die Patientin von der Kardiologin in der Klinik untersucht , danach wurden dort ein Ruhe EKG und Echokardiographie veranlasst.
Ein BelastungsEKG wurde nicht vorgenommen , da die Patientin an Aortenstenose leidet.
Bei unauffälligem Befund im Ruhe-EKG , mehreren Risikofaktoren für KHK , sowie typischer Angina pektoris wurde der Verdachtsdiagnose auf KHK gestellt.
Bereits am 22.11.2016 befand sich die obengenannten Patientin im Charite Krankenhaus Berlin in Stationärer Aufnahme.
Damals wurde die Patientin untersucht und ein Ruhe EKG wurde angefertigt , nachdem ein Langezeit-EKG zum Einsatz gekommen war .
Weiterhin ist die Dürchführung einer Koronar Angiographie am 23.11.2016 eingesetzt worden , um die Pathologie der Koronararterien zu beurteilen und die stenose genauer zu erfassen .
Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen sich mehrfach hochgradige pathologische Veränderungen ; insbesondere starke Stenose der RIVA und RCA , die Intervention wurde jedoch wegen der aufgetretenen Komplikationen während der Untersuchung abgebrochen .
Unter Beurteilung der Vorbefunde bzw. der Genese und Gesundheitszustand der Patientin wurde eine Bypass Operation empfohlen .

Vorgeschichte:

Bei der Patientin besteht eine seit 1995 bekannte und behandelte arterielle Hypertonie. 2000 wurden nach Amaurosis Fugax mehrere ältere Cerebrale Ischämische Insulte diagnostiziert . daraufhin wurden die signifikanten Stenose in beiden Aa. Carotis von 2000 bis 2013 mehrfach operiert bzw. Mit Stents versorgt . Bei hochgradider PAVK der rechten A. Iliaca erfolgte 2014 ein Stent Einlage (anamnestisch). Weitere Vorerkrankungen sind ; Chronishe Niereninsuffizienz (eigenanamnestisch) , Kombiniertes Mitral-Aortenvitium , Hyperurikämie , Hypercholestrernämie. In der Vorgeschichte wurden auch die folgende Operationen nach Angabe der patientin vorgenommen :

-Z.N Pneumothoax nach Wirbelkörperfraktur 2012.

- Z.N Extirpation Unterbauchtumor unklarer Genese 1985

-Z.N Extirpation Unterbauchtumor unklarer Genese 1950

-Z.N Leistenhernie Operation im Kindesalter

Vegetative Anamnese und Medikamentenanamnese:

Appetit: gering .

Stuhlgang: keine veränderung in Frequenz , Menge oder Farbe, keine Schmerzen

Miktion: Farbe: Hell, harndrang; Nykturie ; polyurie , keine Schmerzen

(Nacht-)schlaf: trotz aktueller Schmerzmedikation wegen dyspnoe und nykturie eingeschränkt.

Haarausfall: keiner Haarausfall

Nikotin: Raucher; (1 Schachtel \ d) 50 jahren

Alkohol: selten.

Fieber, (Nacht-)schweiß, Durst, Übelkeit/Erbrechen werden von Frau G. verneint.

Eine Dauermedikation aufgrund ihres seit 1995 diagnostizierter Arterielle Hypertonie sowie den anderen bekannten chronischen vorerkrankungen nimmt Frau G. die folgende Medikamente ein :

iscoverl 75mg	1-0-0
Enalapril comp 10\ 25mg	1-0-0
Felodipin 5mg	1-0-0
Metohexel 95mg	0-0-1\2
Enalapril 10mg	0-0-1\2
Allopurinol 100mg	1-1-0
Torem 5mg	0-1\2-0

Allergie auf Pencillin sowie auf Jod ist festgestellt worden.

Familienanamnese:

Frau G. berichtet, dass Ihre Vater im 42. Lebensjahr an einem plötzlichen Herztod starb.

Die Mutter der Patientin litt nach den Angaben der Patientin Frau G. an Arteriosclerose, und sie starb mit 80 Lebensjahren ebenfalls an Herzerkrankung (unbekannt) .

Sozialanamnese:

Frau G. lebt allein und hat eine Tochter, die manchmal sich um ihre Mutter kümmert .
Sie hat 4 Hunden und bestreitet ihren Unterhalt allein.

Berufsanamnese:

Zurzeit Frau G. ist Renterin
Sie hat bevor in mehrere Unternehmen gearbeitet.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Größe: 168 cm

Gewicht: 60 kg (Gewichtszunahme von 3 kg innerhalb von letzten 6 Monaten)

BMI: 21,27 kg/m^2

Allgemeinzustand: gut

Bewusstsein : wach, orientiert zu Raum, Zeit, Situation und Person

Haut : warm , rosig , hydriert , kein bestehenden Hautfalten , keine Petechien, beidseits schuppende Haut am Vorfuß.

Schleimhäute : blass , feucht .

Kopf und Hals : kein Kalottenklopfschmerz, keine Ödeme, kein Meningismus,Sensibilität unauffällig, Mimik unauffällig
Freie Nervenaustrittspunkte, frei Nasennebenhöhlen, Thyroidea nicht vergrößert keine Venenstauung, lymphknoten nicht vergrößert und nicht druckschmerzhaft, Karotidenpulse sind schwerig palpabel mit sichtbaren narben rechte seite im Bereich A. Karotis.

Augen : Visus ist korrigiert, rosige Konjuktiven, mittelweit runde Pupillen,Skleren weiß,

Mund und Rachen : Keine Zyanose , Schleimhaut ist rosig und Feucht , keine Belege, keine Hinweise auf Entzündung , weder Schwellung noch Rötung ,
Zunge ist normal und beweglich und keine venenstauung,
Zahnstatus ist intakt mit Ausfälle einige Zähne

Thorax : keine Deformitäten; keine supraklavikulären oder axillären Lymphknoten tastbar; Atemfrequenz ~16 / Minute; Stimmfremitus seitengleich , Klopfschall sonor, Atemverschieblichkeit ~3 cm; Atemgeräusch leise, vesikulär, Feuchte Rasselgeräusche ; keine Bronchophonie auskultierbar.

Cor : Herzspitzenstoß 5.ICR medioclavikular tastbar, Herztöne sind unrein und Rythmisch , Herzgeräusche sind vorhenden ; 4\6 Systolikum mit p.m. über 2.ICR rechts mit Fortleitung in Carotiden ; 4\6 diastolikum mit p.m. über Herzspitzenstoß.

Abdomen: Symmetrische Kontour ; ausladender Bauch ; reizlose Narbe im Bereich der Leistenband ; keine sichtbare Weichteilebrüche ; keine venenzeichnung ; Spärliche Darmgeräusche über allen Quadranten ; keine pathologischen Strömungsgeräusche über den abdominellen Arterien ; Bauchdecke weich, keine tastbaren Resistenzen, kein Druck- oder Klopfschmerz ; wegen ausgeprägte Aszites konnte ich die leber und Milz nicht überprufen ; Nierenlager nicht klopfschmerzhaft ; Hinweise auf Aszites; Blasenkatheter .

Extremitäten: Extremitäten warm; Keine peripheren Ödeme; Varikosis, keine Ulzerationen; Bewegungsapparat und -koordination unauffällig; Gangbild und Haltung unauffällig; Zehen- und Hackengang problemlos möglich; Laségue Zeichen beidseits negativ; Sensibilität unauffällig .

Pulsstatus: Periphere Pulse allseits sind seitengleich ; kaum palpabel und abgeschwächt,

Befunde:

Ruhe EKG vom 8.11.2016 indiffernztyp ;Sinus Rythmus ; F 78\min ; PQ 0.16 s; QRS 0,10 s ; QT 0,38 s ; QTc 0,44 s ; negatives T in V4

Echokardiographie mit Farb-Doppler vom 8.11.2016

Dimension der Herzhöhlen : LV EDD 38 mm ; LV ESD 21 mm ; IVS ED 10 mm ; LVPWED 11 mm ; LA 32 mm; Ao 23 mm; RVOT 18 mm , im Normbereich.

Funktion des Linken Ventrikels : Synergie ; visuell ; keine EF einschränkung ; EF 66% (Simpson ; biplan) im Normbereich ; Diastolische Funktionparameter : E 0,7 m \ s ; A 1,2 m\s ; E\A 0,6 m\s ; E med.4 cm\ s ; E:E 17 ; DT 208 ms ; Hinweise für Relaxationsstörung .

Mitralklappe : posteriores Segel verdickt und verkalkt ; geringe Mitralinsuffizienz mit Proximaler jetbreite 4mm im Farbdoppler .

Aortenklappe : klappentaschen verdickt ; reduzierte systolische separation einer geringen morphologischen AS mit max. DG 19 mmHg und mittl DG 10 mmHg entsprechend ; geringe begleit-AI im Farb- Doppler mit proximaler jetbreite 10 mmHg .

Trikus.klappe : morphologisch unauffällig, im Farb-Doppler Nachweis einer geringen funktionellen Trikuspidal insuffizienz ; Kalkulierter systolischer PulmonalisDruck mit 26 mmHg mit ZVD leicht erhöht .

Pulmonalklappe : morphologisch unauffällig ; geinge funktionelle PI im Farb und Konventionellen Doppler nachweisbar (Physiologischer Befund) .

Perikard : unauffällig .

Koronar Angiographie vom 23.11.2016 :

KHK -2 mit mehrfachen Stenosen der RCA und Schwer erreichbarer Stenose der RIVA ; Nach diagnostischer Koronarangiographie entwickelt die Patientin Schüttelfrost und mehrfachen starken Harndrang. Mäßige Besserung nach weiteren 250 mg Prednisolon . Bei Versuchtem Wechsel auf einen 6F JR4 Führungskatheter Spasmus der A. Brachialis mit Starken Schmerzen und erheblichem Widerstand ; daher Abbruch dieses Versuchs .

Langezeit-EKG vom 23.11.2016 : Untersuchung noch ausstehend.

Lungenfunktion Untersuchung vom 24.11.2016 : Interpretation noch ausstehend.

Therapie und Verlauf:

Mit der Indikation zur Koronarangiographie bei Verdacht auf Koronrare Herzkrankheit und der Empfehlung zur weiterführenden Intervention wurde Frau G. am 22.11.2016 aus der kardiologischen Praxis "Ärztehaus" Berlin in die kardiologische Station 203A des Charité Campus Mitte übernommen.

Die Ergebnisse des Ruhe EKG sind zum Zeitpunkt der Aufnahme normal , während die Echokardiographie Hinweise auf Relaxationsstörung; geringe AS sowie geringe MI gibt . Die Kreatinin Werte im Blut waren ebenfalls erhöht . Die Koronarangiographie Diagnostik (23.11.2016) erbrachte den Nachweis von KHK-2 mit mehrfachen Stenosen der RCA und schwer erreichbarer Stenose des RIVA ; Prednisolon 250 mg wurde wegen der eingetretenen Komplikationen (Schüttelfrost sowie mehrfachem starker Harndrang) verabreicht ; danach trat eine mäßige Besserung ein ; Die Intervention wurde zunächst wegen des Spasmus der A. Brachialis sowie der starken Schmerzen abgebrochen ; Bei schwerer PAVK mit zahlreichen Eingriffen über die Beckengefäße wurde der Eingriff beendet .

Des Weiteren sind die mögliche Vorgehenweisen entweder MIC-LIMA und nachfolgend PCI der RCA ; oder als Alternative nur PCI der RCA und primär konservatives Vorgehen hinsichtlich des RIVA.

Nach Besprecheung im Herzteam ; haben die Ärzte die LIMA bypass Operation bevorzugt ; da die vorherige Erfolglosigkeit interventioneller Verfahren sowie die indikation für Bypass Operation (Symptomatische Zweigefäßerkrankung mit stammnahen Stenosen von RIVA und RCA) vorhanden sind .

Im Gespräch mit der Patientin habe ich festgestellt ; dass die Patientin von der Operation Angst hat und sich keiner Operation unterziehen will . Sie akzeptiert nur interventionelle Verfahren als Behandlung .

Nun warten die Ärzte auf die Entscheidung der Patientin mit der Hoffnung , dass sie sich für die Operation entscheiden werde.

Berlin , den 24.11.2016

Hala Raed.

Das Theoritisches Teil

Herr Knebel hat mir sein Labtop gegeben und es gibt EKG bild 12 ableitungen und hat mich gefragt ; können Sie uns sagen ; was für Diagnose können Sie sagen ?

Habe ich zuerst Schritt für Schritt das beschreiben (Rythmus; Frequenz ;Lagetyp ;Zeiten(PQ-PR –QRS) ;Deformität oder Veränderung) dann habe ich festgestellt dass Myokardinfarkt Hinterwand ist (AVF, II,III) dann hat mich gesagt ; Sie sind allein im Dienstschischt und niemand ist da .... was machen Sie wenn Sie diese EKG haben ?

Ich : zuerst werde ich den Patienten sofort auf Intensivstation einweißen ; und dort werde ich die Vitalparameter stabilisieren also zwei intravenöse zugänge ; Sauerstoffangabe wenn der sauerstoffsättigung wenniger als 90 % ; Morphin 1mg Iv um das Sauerstoffverbarauch zu vermindern ; Nitrat und antikoagulant Heparin ; auch ASS ; Mitoclopramid ... dann werde ich den Patienten sofort ins Katheterlabor verlagern um Angiographie als Diagnostische bzw. Interventionelle Verfahren um die Kranzgefäße so schnell wie möglich wiederöffnen zu machen.

Hier hat mir gesagt konnen Sie den Knopf drücken (also er meint auf Laptop) dann ein Bild des Katheter erscheint , und nun hat mich gefragt was sehen Sie ?

Zuerst habe ich das bild beobachtet dann habe ich gesagt was mir aufgefallt ; das Kontrastmittel geht nicht mehr weiter wegen eine Embolie in dem Gefäß .... er hat mir gesagt gut

Dann Herr Lüdjtek hat mich im Details über Wells Score ; TVT Zeichen ; und Therapie gefragt

Dann Herr Wolfgang hat mich alles über die Urolithiasis gefragt ; dann wo der Harnleiter hat Physiologische verengungen (Anatomie) ... hier habe ich das gezeichnet .. dann hat er mich gefragt über die Formen der Hodentumor .

Alle Prüfer waren sehr zufrieden mit die Antworten und haben mir geasgt am Ende ; dass mein Sprache sehr gut ist !

Hala Raed

5.12.2016

Das Praktischen Teil der Kenntnisseprüfung 1.12.2016 Charite Campus Mitte

Prüfungskommission :

Der Prüfungsvorsitzende : **Prof.Dr.med Fabian Knebel** (leitender Oberarzt Funktion Daignostik und Stationen . medizinische Klinik m. S Kardiologie und Angiologie)

Prof .**Dr.med Andreas Lüdtke Handjery** (Facharzt Gefäß- und Allgemeinchirurgie)

Prof**.Dr.med Wolfgang Diedrichs** (Direktor und Facharzt der Klinik für Urologie und Neuro-Urologie)

Wir haben uns zuerst vorgestellt und sind wir alle zur Kardiologieschen Station gegangen ; um das praktischen Teil einzusetzen ; und dort wurden wir nacheinander von der Kommission überpruft ; ob wir die Untersuchungen richtig durchführen konnen , und wir die Kommunikation mit der Patienten vollbringen.

Ich habe einen Patienten , der übergewichtig ist ; und hat Dr.Knebel mich aufgefordert ; dass ich die Anamnese mit den Patienten führe ; und gleichzeitig hat die Kommission dern Verlauf beobachtet .

Als ich den Patienten über die Medikamente gefragt habe , hat Dr. Knebel das Gespäch höflich unterbrochen umd mich gefragt ; was erwarten Sie als Medikamente bei diesem Patienten ?

Ich : Der Patienten leidet seit fünf Jahren an Vorhofflimmern ; und deswegen erwarte ich Frequenzkontrolle Medikamente und auch Antikoagulant ; da der Patient Hypertonie hat ,und ....

Dr : können Sie Diese Medikamente nennen ?

Ich : Verapamil oder B blocker als Frequenzkontrolle ; und als Antikoagulant Heparin und Warfarin .

Dr : kann Heparin als Medikamente auf die Medikamentliste geschrieben wurde.

Ich : Nein ; er wird im Krankenhaus verabreicht aid er zum erstenmal Vorhofflimmern hat , aber ich erwarte Warfarin auf die Medikamenteliste .

Dr. Hier im Deutschland haben wir anderen Name für Warfarin ; kennen Sie das?

Ich : Selbstverständlich .... pronocoumin oder Cumarin

Dr: genau ... Cumarin .. ich würde jetzt Sie bitten ; Mitral Insuffizien zu untersuchen und erklören uns was Sie machen .

Hier habe ich zuerst meine Hände desinfiziert (**Sehr wichtig**)

Und dann höflich den Patienten bitten , sein Oberkörper frei zu machen,und erklären ; dass ich jetzt untersuchen werde .

Zuerst habe ich Herzspitsstoß bestimmt und palpapiert , und Trotz sein übergewicht konnte ich das genau verspüren (5 ICR MKL). Und Hier Dr. Knebel hat mich gefragt ; könnte das Herzspitsstoß nicht in diesem Ort sein .

Ich : ja ; es könnte verlagert werden ; wenn der Patient schon an Herzinsuffizienz oder Dilated Kardiomyopathie leidet oder mmm....

Dr: das ist reicht

Dann habe ich mit Stethoskop auskultiert und habe ich mich die Zeit gelassen ; um zu hören ; dann habe ich erläutert ; dass die Herztöne rein und Rythmisch aber vielleicht gibt es ein geräusch ....

Dr: was sagen Sie wenn als Auskultation Befund ; wenn der Patient Mitral Insuffizienz hat .

Ich: also Bandförmiges Systoikum mit Puntum Maximum über 5 ICR MKL.

Dr: gut .... was ist das Unterschied zwieschen Herzgeräusche und Herztöne ?

Ich: Herzgeräusche sind pathologische Töne ; die während Systol oder Diastol wegen Klappenvitien ausgelöst werden .

Im gegenteil die Herztöne sind Normal Herztöne ; die wegen des Abschlusses der Klappen ausglöst werden .

Dann ist Dr. Wolfgang drann ; er hat mich gefragt : wenn der Patient seit 24 Stunden das Wasser nicht gelassen hat ; wie können Sie das untersuchen .

Ich : das ist sogenannte Harnverhalt ; und um die Volle Blase untersuchen zu können werde ich das mit der Perkussion herauszufinder ; also veränderungen im Klopfschal von sonor zu gedämpft .

Dr: gut ... können Sie das bei dem Patienten das erfassen .

Ich : leider Nein ; weil er übergewichtig ist :

Dr: was machen Sie weiter .

Ich : mmmm .... vielleicht Katheter

Dr: ja .... aber gibt es etwas besser ist .

Ich .: Sonographie meinen Sie ?

Dr: genau ..... was für Erkrankungen als Ursachen für Harnverhalt können sein .

Ich : also BPH ; Stenose im Urether ... oder ein Tumor in der nähe ist .

Dr.: alles richtig .... aber ich würde gern internistische Ursache hören ... danken Sie daran .

Ich: also Hypovolämie .... Schock ?

Dr: es gibt etwas wichtiger ?

Ich (habe ich mich hier ein moment überlegt) und dann habe ich gesagt : Akute Nierenversagen meinen Sie ?

Dr: genau ... super

Dann Dr. Lüdteken Handjery hat gesagt :

Nun habe ich an Sie Zwei Fragen :

Zuerst : wie können die Leber untersuchen und die zweite Frage : wie kann mann Rektus Diastus bestimmen ?

Ich : ich fange mit der Untersuchung der Leber an ; zuerst mit der Tiefen Palpation von der rechten Unterbauch nach oben MKL ..... hier hat Dr.LH gefagt : können Sie das machen jetzt .... ich : also eigentlich es ist schwierig ; da es so viel Fettleib gibt .... Dr. LH sagt : und ?

Ich : ich kann mit der Kratzuntersuchung ... also mit Auskultation

Dr: zeig mir wie

Ich : ich lege die Stethoskop unter die Xiphoid Prozess und kratze ich hier in MKL

Dr: warum hier unter Xiphoid Prozess und niccht hier (er hat sein Finger ober die Nabel gelegt)

Ich bin hier verwirrt und ich habe gesagt ; ich weiß nicht, also habe ich so gelerent

Dr: ja aber warum ? (hier ich bin einbisschen aufgeregt) aber er hat lächlet ung gesagt ; weil die leber wird in diese Richtung vergrößert ; und Sie hören dann das ist eine Vegrößerung .

Und er hat gesagt ... nun zur zweiten Frage

Dann habe ich die Rektus Diastus erklärt und dann habe ich den Patienten aufgefördert ; zu Husten oder zu bressen .

Dr. Hat erwähnt ; aber es wäre besser wenn das untersuchen wennn der Patient ...

Ich habe gesagt : wenn der patient steht oder wir den Patienten im Bett aufrichten .

Dann hat mich Dr. Knebel bitten ; um einen Platz mit der Kollegen zu nehmen ; und auf das Theoritschen Teil zu warten .

Hier beendet sich das praktieschen Teil und ich zufrieden Gott sei dank

Ich hoffe ; es hilfreich für euch ist .... also habe ich da in Details geschrieben ; um einen genauen Blick zu haben ; wie läuft das Parktische Teil ab .

Hala Raed

5.12.2016

Kenntnisstandprüfung - Berlin, 04.04.2017

Innere: PD. Dr. Henryk Dreger (Vorsitzender)

Erster Teil:

Der erste Teil fand in einem Bettzimmer statt. Ich kam rein und alle Prüfer saßen dabei. Zuerst hat mich Dr. Dreger gefragt: diese Patientin kommt zu Ihnen in die Rettungsstelle. Was wollen Sie jetzt machen? Ich habe mich auf das Wort Rettungsstelle konzentriert und habe eine kurze Anamnese erhoben nach AMPEL(Allergien, Medikamente, Patientin Geschichte, Ereignis, letzte Mal zeit) und habe auch gesagt dass ich dabei die Vitalfunktionen prüfen würde(RR, Puls, Sauerstoffsättigung,.. usw). Er meinte aber nicht ganz genau eine Notfallsituation. Dann habe ich schnell eine kurze Anamnese erhoben und habe sie ihm als Oberarzt vorgestellt. Nur dann war er zufrieden.

Patientin hatte Herzrasen als Hauptproblem, aber begleitet mit Dyspnoe bei Belastung und Drückgefühl. Was sind die Differenzialdiagnosen? Anämie, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz. - wie könnte man laborchemisch eine Herzinsuffizienz prüfen? BNP. Außerdem ? Echokardiographie, Röntgen. - Die Patientin hat auch Thoraxschmerzen und Dyspnoe, wie würden Sie dass abklären ? EKG, Herzenzyme. - welche ? CK-MB, Troponin.

Zweiter Teil:

Er hat mir ein EKG mit Vorhofflimmern gegeben. -wie würden Sie das therapieren? Frequenz vs. Rhythmus Kontrolle - Antikoagulation (mittels Heparin und oral) dann Frage zum NOAKS(welche Vorteile haben diese im vergleich zu Cumarin ? Mann kann direkt damit anfangen und nicht erst mit Heparin. Was noch ? Die Therapie ist stabil und benötigt keine INR regelmäßigen Kontrollen(er wollte das hören). Das wars!

Chirurgie: Dr. Thorsten Drews

Erster Teil:

Der erste Teil fand in einem Bettzimmer statt. Ich kam rein und alle Prüfer saßen dabei. Dr. Drews hat mich angerfordert, eine körperliche Untersuchung durchzuführen. Ich habe die gemacht und dabei geklärt, nach welcher Reihenfolge (Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation). Ich musste nur Lungen und Herz untersuchen und bei jedem Schritt wurden fragen dazu gestellt wie:

- Worauf achten Sie bei der Inspektion? AZ und EZ, Hautkolorit und Turgor, Thoraxdeformitäten, Atemfrequenz, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur, Ödeme, Halsvenenstauung.
- Was prüfen Sie bei Palpation? Exkursion und den Stimmfremitus. Wann erhöht/vermindert ?
- Auch bei Palpation. Was wird geprüft ? Wofür spricht ein gedämpfter/ hypersonorer Klopfschall ? Dabei war ihm wichtig basal zu klopfen wegen Erguss. Auch von vorne um eine Herzvergrößerung zu prüfen. Ich habe es nicht gemacht aber das wollte er!
- Bei der Auskultation war ihm auch wichtig dass ich die mittlere Lappe rechts auskultiert habe und hat mich gefragt wo die Lappen der Lungen sind.
- Bei Herzuntersuchung habe ich auch geklärt wo, was ich höre. Puls beschreiben ?? Patienten hatte zwar regelmäßigen Puls aber inzwischen kamen auch unregelmäßige Wellen. Ich habe es gesagt dass fragte er. Warum ? Extrasystole. Dann: was kann ein Puls sein ? Das wars.

Zweiter Teil:

Sie sind im Krankenhaus. Die Schwester ruft Sie laut und sagt Herr Doktor kommen Sie. Es ist dem Patienten plötzlisch schlecht geworden du Sie sehen das EKG? Monitor-EKG mit Kammerflimmern. Ist das gefährlich ? Warum ? Was sollte man tun?

50- jähriger Patient mit Bauchschmerzen. Mit allen möglichen akuten und nicht akuten Möglichkeiten. Dann kamen wir aufs Thema Kolonkarzinom. Wie häufig ? Wie kann man Screening dafür machen ? okkultes Blut-Test und Digital Rektale Untersuchung, dann Koloskopie.

Eine wichtige Differenzialdiagnose ist die Aneurysmen. Das wollte er hören!

Wie wird die Bauchuntersuchung bei Cholezystitis ? Murphy-Zeichen. Wer krigt das häufiger ? Frauen. Die F's. Appendizitis Zeichen ? dilatative Kardiomyopathie? Ursachen ? Welche Kammer wird häufiger betroffen? Auch Pathophysiologie, wie eine Mitralinsuffizienz durch Volumenbelastung zu dilatativer Kardiomyopathie führen kann.(bei dieser Frag habe ich grundsätzlich Mitralinsuffiezienz gesagt und die Primäre Genese vergessen und das hat ihm geärgert! Hä)

Wie kann ein Patient eine Herzinsuffizienz bekommen? Und kann man die Stadien einteilen? Wie kann man die Herzinsuffizienz sicher feststellen? Ab welchem EF-Wert ? (da meinte er nur ab 35% ?!?!)

Anästhesie: Prof. Dr. Lehmkuhl

Erster Teil:

Der erste Teil fand in einem Bettzimmer statt. Ich kam rein und alle Prüfer saßen dabei. Dr. Lehmkuhl wollte, dass ich die Hirnnerven untersuche. Wo kann man den Puls an den unteren Extremitäten tasten. Wonach würden Sie fragen bei einer Patientin, die anamnestisch TIA und Schlaganfälle hat ?

Sensibilitätsstörungen, Motorik, Gang ?? Mehr ist mir nicht eingefallen. Aber vielleicht wollte er noch Reflexe prüfen ? Das weiß ich nicht.

Zweiter Teil:

Sie sind in der Notaufnahme. Kommt ein Patient mit 50%-er Verbrennung nach einer Explosion im geschlossenen Raum. Kein Notarzt hat ihn angeguckt oder behandelt. Was tun Sie ?

Wichtig hier ist die Intubation, es ist sehr wahrscheinlich weil er im geschlossenen Raum war und eine hohe Prozent spricht auch dafür. Dann habe ich das Entkleiden und mit metalbeschichtetem Verbandtuch Abdecken gesagt (Er hat gesagt richtig aber das machen wir zuletzt). Wichtig ist. Keine Kühlung in diesem Fall(Gefahr einer Hypothermie). ZVK anlegen. Was würden Sie bei diesem Patient befürchten, zu verlieren ? (Flüssigkeiten, Eiweiß, Temperatur). Zurück zum Thema Intubation, was machen Sie um zu wissen, ob der Patient eine Intubation braucht ? Laryngobronchoskopie. Ok und davor ? Hinweise auf eine Atemwege Schädigung ? (Schleimhaut vom Mund und die Haare in der Naseangucken)

Zuletzt, es gibt noch eine Gefahr dass der Patient eine Substanz inhaliert hat. Was könnte es sein ?

CO Karbonmonoxid. Was ist schlimm daran ? Der bindet zu Hb stärker als Sauerstoff. Das wars.

Epikrise

Name des Untersuchers: Majd Rabie
Anlass der Untersuchung: Approbationsprüfung
Datum der Untersuchung:15.11.2016
Ort der Untersuchung: Franziskus-Krankenhaus (St.5b)

Patienten Namen: Herr Thomas E
Geburtsdatum: ::::::::::::, Fall-Nr. :::::::::::

Aufnahme Grund:

Herr Thomas E wurde am 07.11.2016 aufgrund Teilthrombosiertes Poplitealaneurysma links zum geplanten chirurgischen Eingriff, einer Ausschaltung des Poplitealaneurysma links und Anlage eines Venenbypass von der A.popliteal im PI-Segment auf die A.popliteal im PIII-segment in Reversed-Technick mit der ipisilateraler Vena saphena magna ,aufgenommen.Der Eingriff erfolgte am 08.11.2016.

Hauptdiagnosen:

Poplitealaneurysma links mit einem Maximaldurchmesser von ca.32 mm.

Nebendiagnosen:

Z.n.Konventioneller Ausschaltung des Poplitealaneurysma rechts mittels femoropoplitealem PIII-Bypass (Omniflow II)am 18.08.2016.
Ektasie der infrarenalen Aorta mit einem Maximaldurchmesser von ca 35 mm.
Nikotinabusus (15 PY).

Aktuelle Anamnese:

Die stationäre Aufnahme von Herr Thomas Esterle erfolgte aufgrund einer geplant operativen Versorgung eines bekannten Poplitealaneurysma links.
Zudem habe er kein Fieber ,Schüttelfrost oder Nachtschweiß gehabt.Der Appetit wäre normal und er habe keine Gewichtsveränderung bemerkt.

Vegetative Anamnese:
keine Ödeme. Appetit gut. Keine Ein- oder Durchschlafstörungen. Miktion und Stuhlgang sind unauffällig. Keine Übelkeit, kein Erbrechen.
Noxen: Nikotinabusus 15 PY, Gelegentlicher Alkoholabusus.

Vorerkrankungen: Keine bekannt
Voroperationen:Z.n.Konventioneller Ausschaltung des Poplitealaneurysmas rechts mittels femoropoplitealem PIII-Bypass (Omniflow II)am 18.08.2016.

1

Familienanamnese:Negativ
Medikamente: ASS nur bei Bedarf (Kopfschmerzen)

Medikation bei Aufnahme Vom 07.11.2016

ASS	100 mg	p.o.	1-0-0
Atorvastatin	20 mg	p.o.	0-0-1
Ramipril	2.5 mg	p.o.	1-0-0
Xarelto	20 mg	p.o.	1-0-0
Mono-Embolex	3000 IE	s.c.	0-0-1
Novalgin	1 g	i.v.	Bei Bedarf

Allergien und Unverträglichkeiten: Keine bekannt.

Sozialanamnese: arbeitet als Banker, ist Verheiratet, hat zwei kinder.

Körperliche Untersuchung:

Größe: 183 cm
Gewicht: 100 Kg
BMI: 29.9 kg/m²
Allgemeinzustand: Gut
Ernährungszustand: Normal
Bewusstsein: wach, orientiert zu Raum, Zeit, Situation und Person

Haut: trocken, keine Petechien, keine Ödeme, keine Rötung
Schleimhäute rosig und feucht.

Kopf und Hals: Keine Ödeme, kein Kalottenklopfschmez, kein Meningismus; (schmerz-) freie Beweglichkeit; Sensibilität unauffällig; Nervenaustrittspunkte unauffällig; Mimik unauffällig, keine palpablen Lymphknoten, Thyroidea nicht vergrößert palpabel, keine Resistenzen, keine Venenstauung, Karotidenpulse palpabel, keine Geräuschfortleitung.

Augen: keine konjunktivale Injektion, Skleren weiß, Pupillen isokor, Pupillenreaktion direkt und indirekt seitengleich und prompt, Konvergenz ohne pathologischen Befund.

Mund und Rachen: keine Zyanose, Mundhöhle unauffällig, Zunge nicht belegt, Rachenring unauffällig, Uvula und Gaumensegel unauffällig, teilsanierter Zahnstatus, Sprache klar und deutlich.
Ohren: kein Schwindel, kein Nystagmus, Hörvermögen gut.

Thorax: Eupnoe, Atemfrequenz 15/Minute, keine Thoraxdeformität, Thoraxdrainge rechts, keine subklavikulären oder axillären Lymphknoten tastbar, seitengleicher

Stimmfremitus Atemverschieblichkeit 2 cm, Atemgeräusche vesikulär, leichte , keine Bronchophonie auskultierbar. Sonorer KS.

Cor:Herztöne rein und rhythmisch, keine systolischen oder diastolischem Herzgeräusche. HF 72 /min, RR 130/85 mmHg.

Abdomen: Bauchdecke weich, Darmgeräusche lebhaft, kein Druckschmerz, keine Resistenzen.Milz nicht palpabel, Nierenlager klopfschmerzfrei. Leber glatt, ca 2 cm unter dem Rippenbogen tastbar.
Extremitäten: Bewegungsapparat und –Koordination unauffällig.
Wirbelsäule: kein Klopf-/ oder Druckschmerz, keine Skoliose

Pulsstatus: A. radialis beidseits gut tastbar, A. poplitea, A. tibialis posterior und A. dorsalis pedis beidseits tastbar.

Radiologie-Befunde vom13.08.2016 :
CT-A zeigte ein teilthrombosiertes Poplitealaneurysma beidseits.

Ruhe-EKG bei Aufnahme:
Sinusrhythmus,Keine Pathologische Befunde.

Laborparameter :

07.11.2016: Harnsäure 7.12 mg/dl, INR,Hämatokrit 43 %, PTT 34.3.
08.11.2016: Quick 106 %,INR 0.96,PTT (31.2 sec dann 34.7 sec), Leukozyten 10970,Hämatokrit 39.2 %.
09.11.2016:PTT(43.7 sec dann 41.6 sec)

Therapie und Verlauf:

Nach Aufklärung und Vorbereitung der Patientin wurde eine Ausschaltung des Poplitealaneurysma und Anlage eines Venenbypass von der A.popliteal im PI-Segment auf die A.popliteal im PIII-segment in Reversed-Technick mit der ipisilateraler Vena saphena magna am 08.11.2016 komplikationslos durchgeführt. Im postoperativen Verlauf wurde er mit spontanatmung und stabilem Kardiopulmonalen System von 08.11.2016 bis zum 09.11.2016 auf der Intensivstation übergenommen,wo die begonnene balancierte Volumentherapie fortgefürt wurde unter Analgesie mittels Novalgin intavenös und Fraktionierten Piritramid-Gaben.Weiterhin erfolgte eine PTT-gesteurte Antikoagiolation via Heparin-Perfusor.Die Füße waren warm, die Arterien dorsalis pedis und tibialis posterior bds. Palpabel.

Der Postoperative Verlauf gestaltet sich regelrecht, Mobilisation und kostaufbau wurden gut vertragen.

Angiologie-Befund Vom 14.11.2016: Postoperativ.

Dopplersonographie:

rechts			links		
A.brachialis systolisch	140	mmHg	A.brachialis systolisch	145	mmHg
A.brachialis diastolisch	80	mmHg	A.brachialis diastolisch	90	mmHg
A.tibialis posterior	160	mmHg	A.tibialis posterior	160	mmHg
A.dorsalis pedis	150	mmHg	A.dorsalis pedis	150	mmHg

Am Tag der Entlassung (15.11.2016) war der Fußpuls tastbar, die Wunden sind reizlos.Ein Fadenzug ist ab dem 10. Postoperativen Tag möglich.

Emphelunngen :
ASS 100 mg lebenslang
Ramipril 5 mg

Ort ,Datum
Berlin,19.11.2016

Unterschrift
Majd Rabie

4

Gleichwertigkeitsprüfung :November .2016

Herr PD Dr.Ralph.I.Rückert .Chirurgie (Vorsitzender):

Herr Dr.Lutz Liefeldt-Innere Medizin

Frau Dr. Gudrun Bayer .Allgemeinmedizin

Zur person : Freundlicher Prüfer ,wohlwollend ,schränkt nicht ein ,hilft wenn man auf Schlauch steht und manchmal gibt die Antwort vor.

10 Tage vor der Prüfung wurde angerufen um :Anamnese ,körperliche untersuchung und Epikrise zu schreiben.(Patient mit poplitealenaneurysma bds), wurde ich aber von der Epikrise in der Prüfung nicht gefragt.

Der Praktische Teil:

Ich hab eine komplette Anamnese erhoben,ohne Unterbrechung.(dauerte ca.12 bis15 Minuten).

Dann ,Wie machen Sie Status Normalerweise?hab gesagt (kopf und Hals Status ,Thorax und Herz, Bauch dann Pulsstatus und Lymphknoten).

Untersuchen Sie die Lymphknoten? Hab gemacht mit der Namen auch die Axilläre Lymphknoten mit Handschuhe natürlich . Vergrößerung in den linken supraklavikulären Lymphknoten ? Virchow-Drüse bei Magen Ca.

Milzuntersuchung? Welche Patientenlage am Besten? Rechtseitegenlage.

Popliteapulse tasten? War die rechte nicht tastbar, die linke war tastbar. Er sagte auch die Assistenärzte in Seinem Team finden die Popliteapulse schwer zu tasten.

Zeigte mir am Ende CT-Abdomen mit Raumforderung in der Mitte des Unterbauches.was könnte sein? Ich Sagte Lymphoma?. war richtig.

Der Theoretische Teil:

Patient mit Akutem Abdomen ,wurde Appendizitis diagnostiziert..was machen Sie?

Nahrungskarenz, Flüssigkeitskarenz ,Parenterale Ernährung , Analgitika ,Antibiotika und zur Op Schicken.

Was sind die Koplikationen der Appendizitis ? (Gedeckte Perforation,Freie Perforation,Perityphlitischer Abszess). Die Behandlung der Komplikationen?

Bei der Operation haben Sie keine Appendizitis gefunden was könnte sein?(Meckel-Divertikulitis).

Die Zeit war fast abgelaufen ,deswegen hat mir schnell drei CT-Abdomen gezeigt .

Das erste war -------Gallensteine.

Zweite war Aortendissektion mit Rohrprothese.

Dritte war Aortenaneurysma mit Y Prothese.

Mit Herrn Dr. Rückert brauchen Sie keine Angst zu haben.Auf jeden Fall machbar.

Gleichwertigkeitsprüfung :November .2016

Herr PD Dr.Ralph.I.Rückert .Chirurgie (Vorsitzender):

Herr Dr.Lutz Liefeldt-Innere Medizin

Frau Dr. Gudrun Bayer .Allgemeinmedizin

Zur Person: Sehr ruhiger Prüfer gucket ernst ohne Reaktion,aber auch angenehm und machbar, führt Kein Vorgespräch.

Der Praktische Teil:

Patientin mit Lymphoma (Zn. Laparskopie mit biopsien)

Zuerst .Bauchuntersuchung .Hab mit der Inspektion angefangen , Auskultation mit Aorta und Nierenartierien. Palpation nur oberflächlich wegen vor kurzer Zeit Laparskopie . Wie untersuchen Sie die Leber nur Beschreiben? Lebergrenzen Bestimmung? Habe ich (Perkussion ,Kratzauskultation) gemacht.

Halsvenenstauung Ursache?

Am Ende .wie bestimmen Sie der Zentrale Venendruck (ZVD)?! .

Der Theoretische Teil:

Patient mit Thorax Schmerzen DD?

Hab ich mit AP und ACS angefangen ... Herzinfarkt: Symptome und Diagnose ? STEMI und NSTEMI :Herzenzyme ? Das schnellste ? Troponin.

LAE :Symptome ? Aortendissektion? Symptome ?Diagnose(CT-A oder TEE).

Warum Thoraxschmerzen bei Lungenentzundung ?Wegen Pleuritis.

Sehr Starke Brustschmerz mit erhöhung der Herzenzyme (Aortendissektion mit Koronararterienverletzung wegen der Erweiterung der Dissektion.

Was bedeutet palliativmedizin?

Gleichwertigkeitsprüfung :November .2016

Herr PD Dr.Ralph.I.Rückert .Chirurgie (Vorsitzender):

Herr Dr.Lutz Liefeldt-Innere Medizin

Frau Dr. Gudrun Bayer .Allgemeinmedizin

Zur Person:Sehr nette Prüferin.hat Vorgespräch gemacht und die Otoskopie ausgeschlossen.

Hat Themen erwähnt zB(Kopfschmerz.Müdigkeit,Rückenschmerz..).und Impfung nach STIKO.

Der Praktische Teil:

Herzuntersuchung? Inspektion, Palpation (Herzspitzenstoß) wo untersuchen Sie die Beinödeme ? entlang der Tibiakante. Auskultation. Wenn die Klappen nicht gut hörbarsind bei Rücklage was Tun? Auskultation im Sitzen. Hab alles über Herzuntersuchung alleine erzählt , deswegen fragte sie selten.

Der Theoretische Teil:

Eine 42 järiger Frau mit Müdigkeit .was machen Sie?

Ich: Anamnese B-symptomatik, Vorerkrankungen. (Herz ,Lunge...)..........Dr.Bayer:keine.

Ich: Labor : Blutbild,:TSH ,T4,T3.......Dr.Bayer:HB:9.2..

Ich:Anämie .MCV,MCHC.Ferritin,Transferrin...Dr.Bayer: hätte Eisenmangelanämie.Ursache?

Ich:gynäkologische Blutung wegen Myom oder CED....Dr:Bayer :Was noch?

Ich:Stand auf Schlauch........Dr:Bayer..:Die Patientin ist Vegetarierin,isst kein Fleisch.

War nicht schlimm.

Letzte Frage:Auf Was müssen wir bei 13 jährigem Mädchen achten?

Humane Papillomaviren (HPV)-Impfung.Welche Erkrankung?..zervix Ca.

Macht euch keine Sorgen .Frau Dr.Bayer Machbar!.

Kenntnisstandprüfung: 14.12. 2016
Berlin Charité virschow klinikum
Prüfungskomission:
Herr. Prof Dr. med. Philipp Le Coutre (Hämatologie&Onkologie) (Vorsitzender)
Herr. Prof Dr. med Michael Wich (Unfallchirurgie&Orthopädie)
Herr. Prof Dr. med Joachim Unger (Anästhesie&Notfallmedizin)

Vorgespräsch könnten wir leider nur mit Herrn Unger machen da die andere keine Zeit hatten und waren verreisen.Herr Unger fokussierte mehr auf Notfallmedizin und akute Ereignesee,die in der Rettungsstelle geliefert werden wie akute Brustschmerzen und Atemnot,Schock,Reanimation und bewusstseinstörungen .Während der Prüfung waren die drei Prüfer nett und freundlich,Sie konnten die Nervosiät bemerken und wenn ich nicht genau die Antwort wusste, haben sie mir geholfen.

Ps: Es gab keine Epikrise da Herr Le Coutre verreist war und hat uns 2 Tagen vor der Prüfung eine email mit dem Treffpunkt geschickt.

Die Prüfung hat von 13:00 Uhr bis 17:30 gedauert und sie bestand aus zwei Teilen: Zuerst soll jeder von uns eine Anamnese erheben sowie eine körperliche Untersuchung durchführen je nach der Situation der Patienten.Meine Patientin war jung etwa 27 jahre alt und wir müssten bevor wir reinkommen einen Schutzkittel sowie Mundschutz und Handschuhe anziehen da es eine Ansteckungsgefahr durch MRSA vorliegt.Dann habe ich eine komplette Anamnese gemacht aber die Patientin hat mir am Anfang schon die Diagnose gesagt (Osteosarkom) im Unterkiefer aber sie hatte keine andere auffäligkeiten.Danach hat er mir geboten den Blutdruck zu messen mit einer Erklärung der Patientin,er beträgt 110/70 und hat gefragt wie kann man das bestimmen am Parometer (Der erste Ton,den der man hört ist Systolikum und der zweite Ton ,den der man nicht hört ist Diastolikum). Dann fragte der Chirurg wie kann man die tanzende Patella untersuchen und was für Strukturen gibt es im Kniegelenk (Kreuzbänder sowie Seitenbänder und Menisken) dann wie untersucht man die Kreuzbänder und vormachen (Schuhbladen) und dann kommt zu Ihnen einen Patienten mit L4 Bandscheibenvorfall..wo strahlen die schmerzen aus oder wo liegen genau die Sensibilitätstörung? Er wollte bis Patella hören und kann einseitig sein je nach wo die verletzung ist...Zuletzt fragte mich Herr Le Coutre über eine Patientin mit TVT..Was kann ich am Bein bemerken und was für klinische Untersuchungen machen Sie und vormachen (livide verfärbung,warm,und groß Umfang im vergleich zu dem anderen Bein) &Mayer,Payr und Homan Zeichen.Am ende gab es eine frage,die ich nicht gewusst habe,die war : es gab eine kanule aber am Thorax aber keine Drainage mit Nacl infusion, er meinte das ist ein Portsystem.

Der zweite Teil war theoretisch.Der Chirurg hat mir einen Fall vorgestellt und es handelt sich um eine Patientin mit Oberbauchschmerzen rechts und ich habe ihn alles gefragt über die begleitsymptome und Ausstrahlung,Charakter,nach fettigem Essen und endlich stellte ich die Diagnose (Choledochlithiasis oder Cholezystolithiasis) und er wollte die Anatomie und die massnahmen und wieso entwickelt die Cholezystitis (er wollte durch Ecoli und habe ich das gesagt aber mit Hilfe :P) und kurze Fragen über akute pankreatits und was ist hier das Prinzip der Entzündung (Autodigestion durch Amylase und Lipase).Herr Le Coutre fragte mich:Es ist hier in Wedding sehr häufig dass viele Leute alkoholiker sind aber wieso haben sie so viele Blutungen? Ich habe gesagt bei Alkoholismus treten gastrointestinale Blutungen auf besonders im Bereich des Ösophagus (Boerhavv syndrom) ,Magen und vielleicht leiden sie unter Leberzirrhose mit erniedrigter Vitamin K produktion und das verursacht mangel an Gerinnungfaktoren 10,9,7,2 und Alkohol könnte die Synthase der Erythrozyten im knochenmark beeinträchtigen,und er wollte als letzes hören die Ösophagusvarizen.Schließlich fragte mich Herr Unger: Sie sind im Nachdienst und die Schwester kamm zu Ihnen und sagte die Patientin im Zimmer 1 war ohnmächtig und hat

kein Puls mit Apnoe... Wie gehen sie vor?

Zuerst die Patientin schütteln dann Hilfe holen (Notfallarzt) dann Druckmassagen mit beatmung 30/2 dann Ekg zu beurteilen ob die Defebrillbar oder nicht und er zeigte mir 2 EKGs und ich habe sofort geantwortet Kammerflimmer und Asystole dann welche medikamente geben Sie (Adrenalin ab dritten Schock und Amiodaron 300 mg) und wo liegen Sie dieser Defebrilator und was ist die haufigste Ursache des Todes (kammerflimmer) und was macht man bei Asystole (Absofort Adrenalin und Druckmassagen)



Prüfungskommision :
Vorsitzender (Innere Midizin): Prof. Dr. Thomas Poralla
Prüfer Chirurgie: Prof. Dr. Michael Wich
Prüfer Orthopädie: Dr. Heinz-Ulrich Walther
Prof. Poralla ist ein sehr freundlicher Prüfer, der sich um eine angehneme Prüfungatmosphäre bemüht. Manchmal spricht er undeutlich aber wiederholt gerne deutlicher, wenn man nachfragt. Er fängt mit der Selbstverständlichkeiten an und steigt allmählich durch, sobald der Prüfling antwortet, aber er hilft immer weiter.
Bei ihm ist es besonders wichtig, dass man strukturiet denkt und legt viel Wert auf die körperliche Untersuchung(Was fällt Ihnen aus erstem Blick auf, woran denken Sie, wie untersuchen Sie..).
Vorgespräch und Epikrise:
Eine Woche vorher ein nettes Vorgespräch bei Herr Prof. Poralla und bekam jeder von uns einen internistischen Patienten. Meine Patientin hatte Hyperglykämische Entgleisung bei Erstdiagnose D.M II . Wir soltten die Anamnese erheben und die körperliche Untersuchung durchführen, nachdem dürften wir uns nur die Laborwerte und ggf. EKG anschauen (und mit nehmen) . Zuhause sollte man ruhig einen Brief schreiben mit DD, diagnostischer Maßnahmen und seinen eigenen Vorschlägen und empfehlungen, dann den Brief an die Sekritärin per Email oder Fax senden.
Innere Midizin
Praktischer Teil:
Meine Patientin hatte Ikterus. Was fällt Ihnen aus erstem Blick auf, Ikterus und großer Bauch, Woran denken Sie, Ich denke an Leberzirrhose, also suchen Sie bitte die Zeichen, die Ihre Diagnose bestätigen, Ich habe die Leberhautzeichen aufgezählt und gleichzeitig gesucht, also Spider Naevi gibt es nicht, Caput Medusa auch nicht, weiße Nägel nicht, Palmererythem leider auch nicht, Aszites (in Rückenlage und Seitenlage) auch negativ, hier hat mich gefragt, ob es eine andere weise für Aszitesuntersuchung gibt, ja mit rechter Hand provoziert man eine Welle und emfängt sie mit linker Hand, er wollte den Lateinischen Namen, ich wüsste nicht, als warum haben Sie keinen Aszites gefunden? (eifach es gibt kein Aszites) , also die Patientin hatte die gleiche Beschwerden im Januar und jetzt wieder erneut, spricht das für Leberzirrhose? Nein, also was vermuten Sie jetzt,war eigentlich noch nicht genug für die Diagnose.. Keine Ahnung, (mir hat nicht eingefallen, dass sie damals behandelt wurde) bei Nachfrage nach der Vorgeschichte war alles klar...also sie wurde mit Stent behandelt und jetzt ist der Stent wieder verstopft, das habe ich erklärt und war Herr Poralla zufrieden, also Pankreaskopf-Ca . welche Therapiemöglichkeiten kennen Sie? Ich habe auf Whipple und PPPD eingegangen, warum wurde die Patientin nicht opperiert? Wegen der Metastasen oder starker Ausbreitung um die Gefäße herum.
Ein Paar fragen über Ikterus, Ursachen, Obstruktiv und nicht Obstruktiv, und ab welchem Wert sichtbar, Sklerenikterus ab 2 und Hautikterus ab 3. Das war es.
Prof. Poralla legt größen Wert auf die klinische Zeichen und die Körperlichen Untersuchungen, dafür empfehle ich stark die Amboss-Videos.
Theoretischer Teil:
Die alle Fragen waren bezüglich Diabetes Mellitus (meine Epikrise). Unterschied Zwischen Type 1 und 2, wie behandelt man Type 2. Ich habe alles über Stüfenschema erzählt, was ist Lifestyle Änderung , was ist Mittel der Wahl bei Stufe 2, Metformin welche Kontraindikationen: Niereninsuffizenz welche GFR? Hab gesagt unter 30 er meinte auch unter 45, Herzinsuffizenz, vor der Operationen, vor der jodhaltigen Kontrastmittel Untersuchungen Z.b? Herzkatheter.welche Kombination schlagen Sie bei Stufe 3 vor? ich habe die Metformin + GLP 1 Rezeptor Antagonist und Metformin + Sulfonylhanstoff gennant, hat zusätzlich DPP4 inhibitoren und weitere Kombination genannt ..war aber gut.
Chirurgie:
Praktischer Teil:
Meine Patientin hatte Pankreas-Ca mit Ikterus und Epigastrische Hernie . Die Fragen waren

bezüglich der epigastrischen Hernie (Untersuchung beim leichten Beugen des Kopfes um dan Bauch entspannen zu lassen, Bruchpforte und wie groß) Behandlung: OP in diesem Fall nicht indiziert, da es keine Beschwerden gibt, nur Aufklärung, dass die Hernie sich nicht von alleine zurückbildet.

Theoretischer Teil:

Ein Junger Fahrradfahrer wurde in einen Verkehrsunfall verwickelt und kam zu Ihnen in der Rettungstelle. Wie gehen Sie vor, Vital Parameter, kürze Anamnese mit gleichzeitiger Körperlichen Untersuchung. Er ist stabil aber hat Schmerzen im Brustkorb. Ich: Auskultation? Prof. Wich: (gedämpfte)? Atemgeräuche. Da hatte ich Zweifel (ich habe abgeschwächte Atemgeräuche einseitig erwartet) war aber nicht schlimm und habe ein Rö- Thorax mit dem V.a Pneumothorax angefertigt. Warum Pneumothorax und woher kam die Luft?. Er wollte hören, dass es zu Rippenfraktur kam. Was machen Sie wenn es um ein 1 cm Spalt handelt. Stationäre Aufnahme und ÜberWachwung da es unter 3 cm ist. In der Nacht ruft Sie die Krankenschwester an und berichtet dass ihm schlechter geht was vermuten Sie, Spannungpneumothorax. was machen Sie Rö- Thorax wenn er stabil ist. Würden Sie warten bis der Radiologe aufwächt ??(Sorry ich wusste nicht dass er gerade schläft (^_^)).

Ich würde mit einer großlumigen Nadel in dem 2. ICR am Oberrand der Rippe punktieren. Und was ist besser. Bülau Drainage in 4. ICR Axillarlinie am Oberrand der Rippe. Er war sehr zufrieden.

Orthopädie

Praktischer Teil:

Da meine Patientin an epigastrische Herie leidt, hat das ihn an etwas ähnliches erinnert, etwas was mit einer Vorwölbung in einem anderen Körperteil verbunden ist. Er meinte die Diskus Portrusion.

Was ist das und was ist der Unterschied zwischen Portrusion und Prolaps und in welcher Richtung kommt das vor, was tritt aus und wodurch, welche am häufigsten, Untersuchung und Behandlung.

Theoretischer Teil:

Dr. Walther steigte mit einer Verletzung des Sprunggelenkes ein (darüber weiß ich eigentlich null), wie heißt es medizinisch beim Umknicken, Distorsion, welche Zeichen sehen Sie, Schwellung, Überwärmung und Rötung, welche Schaden erwarten Sie?, Schublade beim Sprunggelenk?, wann ist eine OP indiziet? welche Technik? ...usw .darüber wüsste ich nicht und wollte nicht vermuten und habe ihn netterweise gebeten, das Thema zu ändern.

Beckenschiefstand, Untersuchung, Ursachen, Trandelenburg, Hüftkopfnekrose, Beinlängendifferenz, Hüftluxation, Schenkelhalsfraktur...usw .

Das Hüftgelenk hat mich wirklich gerettet



Protokol /Kenntnisprüfung 02.05.2017

Pro. Dr. Fabian Knebel (Kardiologe) – Vorsitzender der Prüfungskommission.

Das gesamte Ergebniss: bestanden

Vorgespräch: sehr angenehmer Prüfer, prüft nur Kardiologie und Pulmonologie (wie die alte Protokollen) . Er empfiehlt Herold-Kardio zur Prüfungsvorbereitung, aber ich habe nur Fallbuch und Ambos durchgelesen und das geht.

Eine Woche vor der Prüfung wurde ich per Email eingeladen zur Durchführung der Epikrise . Dabei muss man einen Patienten auf der Kardiologischen Station eintreffen, Anamnese erheben, den Patienten körperlich untersuchen und man darf in die Akte gucken und die Assistenzärzte danach fragen,was fehlt. Dann muss Man die Epikrise in die Prüfung mitbringen. Nach der praktischen Teil der Prüfung muss man den Patienen aus Epikrise vorstellen (kurze orientierende Präsentation).

Erster Teil: Körperliche Untersuchung . Zuerst kurze orientierende Anamnese erheben. Mein Patient leidet an Aorten Klappenstenose (Angina Pectoris, wiederholte Synkope, Belastungsdyspnoe). Inspektorisch fanden sich Hämatom auf der Thoraxwand und Narbe (Schrittmacher) .Herr Dr. Knebel fragt, worauf ist das zurückzuführen (Pat. Hat ZVK, Antikoagulation),Warum diese Vermutung , wo hört man ,welche Geräuche (spindelförmiges Systolikum, paradoxe Spaltung des 2.Herzton) ,zeigen Sie uns die Andere p.m für die übrigen Klappen. Palpatorisch ,wo liegt der Herzspitzenstoß (5.ICR auf der medioklavikulärlinie) .Liegt noch irgendwo anders ?(ja, bei Adipositas, Schwangerschaft) .Bei Auskultation habe ich kein Geräusch gehört ..ich sagte ,ich bin mir nicht sicher ,ob ein Geräusch zu hören ist. Insbesondere ,da der Pat. Zusätzlich Giemen und Brummen hat .

Zweiter Teil: Nach der Vorstellung der Patientin aus der Epikrise, die auch an Aortenklappenstenose leidet und bei der wurde eine transfemorale Aortenklappenerimplantation durchgeführt. Mit welchen Symptomen kommt der Patient normaleweise?wie behandelt man ,wann ,welche Möglichkeiten, die Indikation, wie führt man einen künstlichen Klappenersatz durch (offen, brustkorb öffnen ,Herzstillstand,Extrakörper-kreislauf-system ..). Die andere Prüflinge , Herzinsuffizienz, Nebenwirkungen von ACE.Hemmer. Beta-blocker ,Aldosteronantagonisten (Gynekoastia,Impotenz),Ivabradin (wann? , wenn B-blocker kontraindiziert....). Ross- OP (Erklärung in paar Sätze).

Keine Angst, wenn du nicht antworten kann.

Im Allgemeinen ist die Atmosphäre angenehm .

Protokol / Kenntnisprüfung 02.05.2017

Prof.Dr. Lehmkuhl (anästhesie)

Das gesamte Ergebnis : bestanden

Vorgespräch: ich überprüfe nur Notfallmedizin, Schmerztherapie,Sepsis, Verbrennungen, Mallampatie, Allentest. Keine Anästhesie.

Aber er hat mich bei der Prüfung ,wie kann man das Risiko von Anästhesie beurteilen,das weiß ich nicht,aber nicht schlimm.

Ersterteil: Mallampatietest bei dem Patienten durchführen. Welche auch zur Beurteilung des Schwieregrades einer endotrachealen Intubation (HWS. Insb. Überprüfung der Reklination) welche auch (die Schilddrüse), untersuchen Sie dann bitte die Schilddrüse bei dem Patienten... worauf muss man bei der Untersuchung im Halsbereich beachten (nicht beidseits gleichzeitig auf Aa.Carotis drücken). Fertig

Zweiterteil: welches Anästhesierisiko hat die Patientin aus Epikrise. Ein Fall von einer Verbrennung 50% bei jungem Patienten nach einer Explosion im geschlossenen Raum. Kein Notarzt hat ihn behandelt. Welche Maßnamen müssen Sie ergreifen? Welche nicht?

Zuerst Intubation ,da es die Gefar der Verlagerung der Atemwege wegen der Schwellung besteht infolge von hyperthermischer Schädigung der Atemwege neben Toxischem Lungenödem. Auch bei Verbrennungen mehr als 30 % grad2 grad3 besteht immer die Indikation zur Intubation. Meidung der Kühlung ist sehr wichtig bei diesem Patienten mit Verbrennung > 30%. Was wichtig noch. kohlenmonooxidintoxikation, Kohlenmonoxid besitzt im Vergleich zu Sauerstoff eine etwa 240 bis 300-fach höhere Affinität zum Hämoglobin. Mit wem kann man C0 messen, Kohlenmonoxid kann im Blut durch die Bestimmung von Carboxyhämoglobin nachgewiesen warden,oder in luft ,jedoch nicht durch Pulsoxymeter.fertig

Der Prüfer ist sehr nett.

Protokol / Kenntnisprüfung 02.05.2017

Prof. Dr. Wit

Erster Teil: Untersuchung des Abdomens insb. Zeichen von Aszitis, Leber, Milz,Kratzauskultation....

Zweiter Teil: Ösophagusatresie , Definition, Symtome, Vogt-Klassifikation, welche am häufigsten(VogtIIIb) , welche gefählicher(Vogt IIIA) ,Teschnik (Zugang durch 4.ICR rechts ,verschluss der Fistel, End-zu-End Anastomose) .

Ileus: hoch,tief. Symotome,Untersuchungsbefunde, Diffentrialdiagnose.Welche am tiefesten (Analatresie).

Die anderen Prüflinge: Pneumothorax, Klinik, radiologisch,Behandlung, wie die alten Protokollen. Stumpfes Bauchtrauma durch Fahrradlenker am Epigastrum. Welches Organ ist am häufigsten betroffen?(Pankreas) . welche Untersuchung führen wir zum Ausschlus der Verletzung des Pankreasganges? (ERCP). Welche Untersuchung führt man als Erstdiagnostik bei Trauma ?(Echo) zum Ausschluss freier Flüssigkeit (Douglas und Morisson) wo liegt denn das ? und zum Ausschluss der Verletzung anderer Organen (Milz, Leber,Niere,..) und zum Ausschlus Perikarderguss. Der Patient wurde entlassen und kommt jetzt mit aufgetriebenem Abdomen (Pseudozyst). Die Therpie?

Alles wie die alten Protokollen.

Name des Untersuchers: Ramzi Alghadban

Ort der Untersuchung: Charite Campus Mitte

Anlass der Untersuchung: Kenntnisprüfung zur Erteilung der Approbation

Datum der Untersuchung: 27.04. 2017

Epikrise zu

Frau ...., geb am 31.12.1929 ,die sich vom 25.04.2017 bis 26.04.2017 Stationär auf Intensivstation,sowie vom 26.04.2017 bis zum jetztigen Zeitpunkt in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen:

Transfemorale Aortenklappenimplantation (Corevalve 26mm) bei hochgradiger Aortenklappenstenose (KÖF 0.6 cm^2) am 25.04.2017

Erhaltene Linksventrikuläre Funktion :Linksventrikuläre Hypertrophie mit diastolischer Funktionstörung ,geringe bis mittelgradige Mitralinsuffizienz

Z.n DDD- Schrittmacherimplantation (Biotronik Etrinsa 5 DR) bei symptomatischm AV-Block II am 15.03.2017

Ausschluss einer signifikanten KHK bei Herzkatheter am 06.03.2017

Diabetes Milletus Typ II

Arterieller Hypertonus

Latente Hyperthyreose

Chronische vertebragene Schmerzen:

-Älterer knöcherner kleiner medialer Bandscheibenprolaps,und knöcherne Neuroforamenstenosen in diesem Segment bei osteochondrotisch schwer veränderter Bandscheibe.

-Knöchene Stenosen des Segments L4/L5 mit möglicher Irritation der abgehenden Wurzel L4 durch starke Höhenminderung des Bandscheibenfaches.

-Recht laterale Protrusion der Bandscheibe L3/L4 .

Adipositas permagna

Z.n Meniskus- Operation

Anamnese:

Die 87 jährige Frau ..... wurde am 25.04.2017 aus dem Krankenhaus Havelhöhe zu geplantem transfemoralem Aortenklappenersatz bei symptomatischer hochgradiger Aortenklappenstenose Stadium III auf Station M1031 in der Charite Campus Mitte aufgenommen. Die Patientin befand sich bereits vom 01.03.2017 bis 08.03.2017 wegen Beinträchtigung des Allgemeinzustandes und ausgeprägter Belastungsdyspnoe NYHA- III bei bekannter Aortenklappenstenose in stationärer Behandlung im Krankenhaus Havelhöhe. Dort wurde eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt, bei der sich eine hochgradige Aortenklappenstenose (KÖF 0.6 cm^2) bei LVEF 56% zeigte ,sowie eine signifikate KHK und PaVK beidseits ausgeschloßen werden konnten. Am 15.03.2017 erfolgte nach einer stationären Aufname im Krankenhaus Havelhöhe eine Implantation eines 2-Kammerschrittmachers (Biotronik Etrinsa 6DR) aufgrund von intermitierenden AV.Block-II mit HF von <40/min. Weiterhin klagte Frau Irmgard über chronische Rückschmerzen bei L5/S1-Prolaps mit Ausstrahlung in beide Knie, und Taubheitsgefühl im linken Bein sowie bewegungsbedingte Kniegelenkschmerzen links. Die Patientin gab einen Wert von 7 auf Schmerzskala an. Zudem ist laut der Patientin eine Knie-OP geplant. Die Patientin wohnt alleine aber hat einen Sohn und versorgt sich selber. Ein Rollstuhl ist vorhanden.

Die Patientin ist weder Raucherin noch Alkoholikerin.

Vegatative Anamnese ist unauffällig.

Familllienanamnese: Anamnestisch fanden sich Fälle von Krebs bei ihrer Tochter und ihrem Sohn . Der einzige Sohn lebt noch , die einzige Tochter ist aber gestorben. Ihr Mann ist auch vor mehreren Jahren gestorben.

Berufsanamnese:sie ist Rentnerin, früher war sie Verkäuferin.

Die Dauermedikation besteht aus folgenden Medikamenten:

- Tramal 50 mg 1.0.1
- Torasemid 20 mg 1.0.1
- Spironolakton 50 mg 1.0.0
- Co Aprovel 300mg/25mg 1.0.0
- Pantoprazol 40.mg 0.0.1
- Amlodipin 10 mg 1.0.0
- Novominsuffin 40 – 50 Tropfen 1.1.1.1
- Movicol bei bedarf

Keine Allergie ist bei der Patientin bekannt.

Körperliche Untersuchungsbefunde:

Eine 87 jährige Patientin in altersentsprechendem Allgemeinzustand bei adipösem Ernährungszustand (178 cm Größe, 100 Kg, BMI 31,7 Kg/m^2). Die Patientin ist wach und zu allen Qualitäten Orientiert. Kalotte mit einem Kleinflächigen Ekzem . Die Nasennebenhöhlen klopfschmertzfrei . Die Nervenaustrittspunkte klopfschmerzfrei . Die haut ist rosig und trocken ,keine Zyanose. Visus ist korregiert. Pupillen rund, mittelweit und isokor. Direkte und indirekte Lichtreaktion beidseits prompt und konsensuell. Keine Schwerhörigkeit. Schleimhäute rosig und feucht . Rachen und Tonsillen ohne Entzündungszeichen ,keine Beläge. Zahnstatus (Totalprothese). Lymphknoten nicht vergrößert. Halsvenen nicht gestaut. Schilddrüse nicht vergrößert. Halswirbelsäule freibeweglich. Es findet sich eine etwa 6cm Größe verschiebliche Raumforderung im Nackenbereich ,warscheinlich Lipom . Cor: Herzspizenstoß nicht palpabel wegen Adipositas. Herztöne unrein aber rhythmisch HF 78/min RR 130/86 mmHg. Systolikum 4/6 mit p.m über der Herzspitze und Fortleitung in die Axilla. Pulmo: Eupnoe , AF 16/min ,symmetrische Atemexkursionen, keine Thoraxdeformitäten, Narbe an der Vorderwand des Thorax links (Schrittmacher). Seitengleicher Fremitus . Lungengrenzen: beidseits gut atemverschieblich. Sonorer Klopfschall über allen Lungenabschnitten, vesikuläres Atemgeräusch, keine Nebengeräusche. Abd: Bauchdecke weich , regelrechte Peristaltik über allen Quadranten, kein Druckschmerz . keine Abwehrspannung, keine Resistenzen. Milz nicht palpabel , die Leber nicht palpabel. Nierenlager klopfschmerzfrei , Klopfschmerz im LWS. Die Punktionsstellen in Leisten sind unauffällig. Die digitale rektale Untersuchung erfolgte nicht. Die oberen Extrimitäten freibeweglich , Deformität des Handgelenks rechts (Z.n Unterarmfraktur rechts). Die Haut rosig und warm, Pulsstatus unauffällig. Die unteren Extremitäten : schmerzbedigte Mobilität (Gonarthrose) und Bewegungseinschränkung in beiden Kniegelenken. Haut ist rosig und trocken , keine atrophischen Veränderungen, kein Varikosis, keine peripheren Ödeme. Pulsstatus palpabel über Aa.Femoralis und Poplitealis aber abgeschwächt über Aa.Dorsalis Pedis beidseits. In der Auskultation fanden sich über Aa.Femoralis beidseits keine Strömungsgeraüsche.

Präinterventionelle Befunde :

Labor: Laborwerte sind unauffällig bis auf TSH (0.53mU/l)

EKG vom 25.04: SR mit durchgehender ventrikulärer Stimulation.

Transösophageale Echokardiographie vom 19.04 :

Aortenklappenring: 21mm, Aortenklappenbulbus 32mm, LV keine hypertrophie, keine Dilatation, Globale LVEF im Normbereich. Regionale LV normokenitisch und synerg

Mitralklappe: verkalkt mit reduzierter Öffnungsbewegung, gering bis moderate Insuffizienz.

Aortenklppe: verkalkt mit deutlicher eingeschränkter Öffnungsbewegung, geringe Regurgitation.

Tricuspidalklappe: morphologisch unauffällig, geringe Insuffizienz.

Pulmonalklappe: unauffällig.

Lungenfunktionsbefund vom 20.04 :

Keine Obstruktion, keine Restriktion, keine Überblähung, keine Diffusionsstörung.

BGA: unauffällig.

Postinterventionelle Befunde:

EKG: SR , HF 72/min, QRS-Dauer 192ms, mit durchgehender ventrikulärer Stimulation.

Echokardiographie: Das Ergebnis steht noch aus.

Therapie und Verlauf:

Die Patientin wurde aus dem Krankenhaus Havelhöhe zum geplanten transfemoralen Aortenklappenersatz bei symptomatischer hochgradiger Aortenklappenstenose-Stadium III auf Station M1031 in der Charite Campus Mitte übernommen.

Nach Aufklärung und Einwilligung der Patientin erfolgte am 25.04.2017 die Implantation einer Corevalve 26 mm Evolut- Aortenklappe komplikationslos. Im Röntgen- Thorax fand sich eine atypische Lage der atrialen Elektroden. Daraufhin wurde die Patientin anschließend auf die Intensivstation zur weiteren Überwachung und zur Kontrolle der atrialen Elektoden verlegt, die dort keine Auffälligkeiten und eine gute Funktion zeigten. Im EKG zeigte sich ein SR mit durchgehender ventrikulärer Stimulation. In der postinterventionellen Echokardiografie fand sich der Aortenklappenersatz in lyco typico, ein Perikarderguss konnte ausgeschloßen werden. Zum Schluss erfolgte unter hymodynamisch stabilen Verhältnissen die Verlegeung der Patientin auf die Normalstation 111A.

Der stationäre Behandlung verlief ohne Unregelmäßigkeiten, jedoch beklagte die Patientin gerade Rückenschmerzen und Kniegelenkschmerzen, die sie belasten. Ansonsten fühlt sie sich gut.

Behandlungsvorschlag :

Bei der Patientin besteht keine Indikation zur oralen Antikoagulation, es wurde daher duale Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS 100 mg und Klopidogril 75mg für sechs Monate empfohlen.

Es sollte auch die orale antihypertensive Therapie bei erhöhten Blutdruckwerten ausgebaut werden. Zudem ist die Indikation zur Endokarditsprophylaxe bei Risikoeingriffen immer gegeben.

Das Ergebnis der Echokardiographie nach der Intervention steht noch aus.

Die jetzige Medikation besteht aus Folgenden:

- ASS 100 mg tab p.o 1.0.0
- Klopidogril 75 mg tab p.o 0.1.0
- Torasemid p.o tab 10 mg 0.1.0
- Na.Perchlor p.o 5 ml 0.1.0
- Tramadol 50mg tab 0.1.1
- Oxycodon 15mg ret-tab 0.1.0
- Metoprolol 47.5 mg ret-tab 0.1.0
- Spironolakton p.o 50mg tab 0.1.0
- Irpesartan p.o 150 mg 0.1.0
- Amlodipin p.o tab 5mg 0.1.0

RamziAlghadban ***27.04.2017***

5

Meine Erfahrung im Rahmen der Kenntnisprüfung:

Kenntnisstandprüfung: 14.12. 2016
Berlin Charité virschow klinikum
Prüfungskomission:
Herr. Prof Dr. med. Philipp Le Coutre (Hämatologie&Onkologie) (Vorsitzender)
Herr. Prof Dr. med Michael Wich (Unfallchirurgie&Orthopädie)
Herr. Prof Dr. med Joachim Unger (Anästhesie&Notfallmedizin)

Vorgespräsch könnten wir leider nur mit Herrn Unger machen da die andere keine Zeit hatten und waren verreisen.Herr Unger fokussierte mehr auf Notfallmedizin und akute Ereignesee,die in der Rettungsstelle geliefert werden wie akute Brustschmerzen und Atemnot,Schock,Reanimation und bewusstseinstörungen .Während der Prüfung waren die drei Prüfer nett und freundlich,Sie konnten die Nervosiät bemerken und wenn ich nicht genau die Antwort wusste, haben sie mir geholfen.

Ps: Es gab keine Epikrise da Herr Le Coutre verreist war und hat uns 2 Tagen vor der Prüfung eine email mit dem Treffpunkt geschickt.

Die Prüfung hat von 13:00 Uhr bis 17:30 gedauert und sie bestand aus zwei Teilen: Zuerst soll jeder von uns eine Anamnese erheben sowie eine körperliche Untersuchung durchführen je nach der Situation der Patienten.Meine Patientin war jung etwa 27 jahre alt und wir müssten bevor wir reinkommen einen Schutzkittel sowie Mundschutz und Handschuhe anziehen da es eine Ansteckungsgefahr durch MRSA vorliegt.Dann habe ich eine komplette Anamnese gemacht aber die Patientin hat mir am Anfang schon die Diagnose gesagt (Osteosarkom) im Unterkiefer aber sie hatte keine andere auffäligkeiten.Danach hat er mir geboten den Blutdruck zu messen mit einer Erklärung der Patientin,er beträgt 110/70 und hat gefragt wie kann man das bestimmen am Parometer (Der erste Ton,den der man hört ist Systolikum und der zweite Ton ,den der man nicht hört ist Diastolikum). Dann fragte der Chirurg wie kann man die tanzende Patella untersuchen und was für Strukturen gibt es im Kniegelenk (Kreuzbänder sowie Seitenbänder und Menisken) dann wie untersucht man die Kreuzbänder und vormachen (Schuhbladen) und dann kommt zu Ihnen einen Patienten mit L4 Bandscheibenvorfall..wo strahlen die schmerzen aus oder wo liegen genau die Sensibilitätstörung? Er wollte bis Patella hören und kann einseitig sein je nach wo die verletzung ist...Zuletzt fragte mich Herr Le Coutre über eine Patientin mit TVT..Was kann ich am Bein bemerken und was für klinische Untersuchungen machen Sie und vormachen (livide verfärbung,warm,und groß Umfang im vergleich zu dem anderen Bein) &Mayer,Payr und Homan Zeichen.Am ende gab es eine frage,die ich nicht gewusst habe,die war : es gab eine kanule aber am Thorax aber keine Drainage mit Nacl infusion, er meinte das ist ein Portsystem.

Der zweite Teil war theoretisch.Der Chirurg hat mir einen Fall vorgestellt und es handelt sich um eine Patientin mit Oberbauchschmerzen rechts und ich habe ihn alles gefragt über die begleitsymptome und Ausstrahlung,Charakter,nach fettigem Essen und endlich stellte ich die Diagnose (Choledochlithiasis oder Cholezystolithiasis) und er wollte die Anatomie und die massnahmen und wieso entwickelt die Cholezystitis (er wollte durch Ecoli und habe ich das gesagt aber mit Hilfe :P) und kurze Fragen über akute pankreatits und was ist hier das Prinzip der Entzündung (Autodigestion durch Amylase und Lipase).Herr Le Coutre fragte mich:Es ist hier in Wedding sehr häufig dass viele Leute alkoholiker sind aber wieso haben sie so viele Blutungen? Ich habe gesagt bei Alkoholismus treten gastrointestinale Blutungen auf besonders im Bereich des Ösophagus (Boerhavv syndrom) ,Magen und vielleicht leiden sie unter Leberzirrhose mit erniedrigter Vitamin K produktion und das verursacht mangel an Gerinnungfaktoren 10,9,7,2 und Alkohol könnte die Synthase der Erythrozyten im knochenmark beeinträchtigen,und er wollte als

letzes hören die Ösophagusvarizen.Schließlich fragte mich Herr Unger: Sie sind im Nachdienst und die Schwester kamm zu Ihnen und sagte die Patientin im Zimmer 1 war ohnmächtig und hat kein Puls mit Apnoe... Wie gehen sie vor?

Zuerst die Patientin schütteln dann Hilfe holen (Notfallarzt) dann Druckmassagen mit beatmung 30/2 dann Ekg zu beurteilen ob die Defebrillbar oder nicht und er zeigte mir 2 EKGs und ich habe sofort geantwortet Kammerflimmer und Asystole dann welche medikamente geben Sie (Adrenalin ab dritten Schock und Amiodaron 300 mg) und wo liegen Sie dieser Defebrilator und was ist die haufigste Ursache des Todes (kammerflimmer) und was macht man bei Asystole (Absofort Adrenalin und Druckmassagen)



Kenntnisprüfungsprotokoll 28.04.2017

Innere Medizin: Prof. Dr. Markus van der Giet (Vorsitzender)
Chirurgie: PD Dr. Ralph-Ingo Rückert
Neurologie: Prof. Dr. Bernd Holdorff
Bestanden

Ich hatte ein Vorgespräch mit Herrn Prof. van der Giet vereinbart, das ungefähr 4 Wochen vor der Prüfung stattfand. Beim Vorgespräch habe ich die anderen Prüflinge getroffen und kennengelernt. Er war freundlich und direkt und fragte uns, was wir wollten und was wir wüssten und dann hat er uns den Ablauf der Prüfung erklärt: Sie besteht aus praktischem und mündlichem Teil und dauert insgesamt 3-4 Stunden. Es geht um die medizinischen Grundkenntnisse. Ich war überrascht, dass er von einem Treffen für die Epikrise nichts erzählte. Daher habe ich ihn danach gefragt und er sagte, es sei eine praktische mündliche Prüfung und wir müssten bei ihm vorher keine Epikrise schreiben. Er grenzte keine Themen ein aber sagte, er gehe z. B. nicht tief in spezielle Details eines Herzinfarkts. Er empfahl uns, die übrigen Prüfer ebenfalls zu kontaktieren.

Tag der Prüfung (F= Frage, A= Antwort)
Praktischer Teil

Wir wurden von Prof. van der Giet gefragt, wer als erster geprüft werden möchte.
Wir (ich und 3 Prüfer) standen vor der Patientin (eine sehr nette und hilfreiche Frau) und ich sollte eine kurze Anamnese erheben. Die Patientin war eine 60 jährige Frau, die aufgrund eines mit Blut gemischten Erbrechens stationär aufgenommen wurde. Die Geschichte war etwas kompliziert und fing 1 Woche vor Osten mit Gallenkolik an. Nach ca. 4-5 Minuten unterbrach Prof. van der Giet mich und fragte **F**: „Patientin hat Thrombozytopenie (5000/µl) und leidet an TTP, wissen Sie was TTP ist?“ **A**: „Nein“ (das war schlimm). Er sagte, „thrombotisch- thrombozytopenische Purpura“.
F: „Was sehen Sie bei der Inspektion?“ **A**: „Allgemeine Inspektion wurde beschrieben und ein ZVK ist an der rechten Seite des Nackens angelegt.“ **F**: „Was noch?“ **A**: „Eine Schwellung der Beine“ **F**: „denken Sie daran? Untersuchen Sie dann?“ **A**: „Ich habe die beiden Beine mit meinen Daumen gedrückt und sagte, linkes Bein zeigt eine wegdrückbare Schwellung. Nein, es ist keine Schwellung. Danach habe ich A. tibialis posterior und A. dorsalis pedis abtasten. Die linke A. dorsalis pedis war nicht ertastbar und das war recht“.

Mündlicher Teil

Wir haben zusammen gesessen in einer sehr entspannten und kollegialen Atmosphäre.
Prof. van der Giet zeigte mir Röntgenbilder auf seinem Handy und erklärte, dass es Nicht-Kontrastmittelröntgenbilder eines Unterarms und einer Hand sind (weil sie wie Kontrastmitteldarstellungen ausgesehen haben). Die Diagnose ist Arteriosklerose Synonym: Arterienverkalkung oder Verhärtung (nicht Atherosklerose). Das war schwierig und ich habe es nicht gewusst. **F**: „Ursache dieser Verkalkung?“ **A**:„Ablagerung von Kalzium oder Kalziumsalzen.“ **F**: „Ok,warum?“ **A**: „Hyperparathyreoidismus“ (das Thema hat ihn interessiert). Dann wurde ich nach Hyperparathyreoidismus (Formen, Pathomechanismen sekundären Hyperparathyreoidismus infolge einer Niereninsuffizienz) befragt. Er war sehr zufrieden mit meinen Antworten.

F: „Kreatinin bei einem Patienten ist 2,3 mg/dl. Ist das gefährlich oder nicht gefährlich?“
A: „Nicht gefährlich.“ **F:** „Warum?“ **A:** „Weil mit diesem Wert eine Dialyse nicht indiziert ist und der Patient in einem kompensierten Stadium ist. Deshalb sollten wir das genauer untersuchen. Aber es ist nicht gefährlich.“ Das war falsch aber nicht schlimm. Dr. Rückert hat mir geholfen und sagte: „Prof. van der Giet ist Nephrologe, Kreatinin 2,3 mg/dl ist dann gefährlich.“ Dann ging es um Formen und Ursachen: prärenal, renal, postrenal. Die wichtigste Ursache, die vor allem ausgeschlossen werden soll, ist Postrenale: Folge einer Obstruktion der ableitenden Harnwege oder einer Kompression z.B. durch einen Tumor.

Themen anderer Prüflinge an die ich mich erinnere : sekundäre Hypertonie einschließlich Nierenarterienstenose, DM.

Empfohlene Quellen: Innere Medizin in Frage und Antwort, 2015. Fallbuch Innere Medizin, 2012. Ärztliche Fertigkeiten, 2016. DocCheck Flexion Applikation. Videos (AMBOSS, DocCheck).

Fazit: Er ist freundlich und wohlwollend aber provokativ. Das Gespräch mit ihm ist schnelllaufend. Er will klare und knappe Antworten.

Kenntnisprüfungsprotokoll 28.04.2017

Innere Medizin: Prof. Dr. Markus van der Giet (Vorsitzender)
Chirurgie: PD Dr. Ralph-Ingo Rückert
Neurologie: Prof. Dr. Bernd Holdorff

Bestanden
Es wurde keine Epikrise vorher verlangt

Um einen Termin mit Herrn Dr. Rückert zu vereinbaren, hatte ich an ihn eine E-Mail geschickt. Er hat mir nicht geantwortet. Ein anderer Prüfling hatte ein sehr kurzes Vorgespräch und wusste, dass es keine bestimmten Themen geben würde.

Tag der Prüfung (F=Frage, A=Antwort)
Praktischer Teil:

Die Patientin (eine sehr nette und hilfreiche Frau) war eine 60 jährige Frau, die aufgrund eines mit Blut gemischten Erbrechens stationär aufgenommen wurde. An Vorerkrankungen ist eine thrombotisch- thrombozytopenische Purpura (TTP) bekannt. Nach einer kurzen Anamnese wurde ich befragt:
F: „Was untersuchen Sie im Hals und Kopf?“ **A:** „Inspektion einschließlich Untersuchung der Sklera (Ikterus) und Konjunktiva (Anämie), Nacken Beweglichkeit, beidseitiges Abtasten: Lymphknoten und Nervenaustrittpunkte.“ **F:** „Welche N. untersuchen Sie bei Nervenaustrittpunkte?“ **A:** „N. Trigeminus.“ **F:** „Welche Nummer von Hirnnerven?“ **A:** „5.“ **F:** „Wie viel Hirnnerven?“ **A:** „12.“ **F:**„Untersuchen Sie einen N. von ihnen?“ **A:** „Ich untersuchte N. Fazialis.“ **F:** „Welche Pulse im Kopf und Hals tasten Sie ab?“ **A:** „A. temporalis superfizialis, A. carotis communis, A. subclavia.“ Zusätzlich soll die Schilddrüse abgetastet werden. Ich taste nach den Pulsen und der Schilddrüse nicht, weil ein ZVK (V. Jugular) angelegt ist. **F:** „Auf welcher Positionslage wird die V. Jugular sichtbar sein?“ **A:** „Wenn die Patientin in Rückenlage liegt.“

Mündlicher Teil:

F: „Ursachen eines akuten Abdomens?“ **A:** „Ich antwortete ihm. Außerdem wollte er extraabdominelle Erkrankungen hören, die ich vergessen habe, weil ich immer noch an akute Appendizitis oder Divertikulitis dachte, wie es in alten Protokollen stand. Ihm sind Herzinfarkt und Pneumonie wichtig.“
F: „Wie stellen Sie die Diagnose?“ **A:** „klinische Untersuchung (Druckschmerzen, brettharte Bauchdecke mit Abwehrspannung, bei Auskultation: klingende Darmgeräusche, Totenstille,…), Abdomenübersichtsaufnahme im Stehen (z.B. Spiegelbildungen beim Darmverschluss). Wenn es unmöglich wäre, in Linksseitenlage (z.B. subphrenische Luftsichel bei Perforation). Weitere Untersuchungen z.B. Sonographie, Abdomen-CT, EKG,…“
F: „Wie wird akute Appendizitis behandelt?“ **A:** „Appendektomie entweder konventionell oder laparoskopisch.“ **F:** „Wie soll eine perforierte Divertikulitis behandelt werden?“ **A:** „chirurgisch wird das Segment entfernt, Spülung und Kolostomie.“ **F:** „Wissen Sie den Name dieser Operation?“ und er erklärte mir, es ist eine spezielle Frage, also keine Sorge **A:** „OP nach Hartmann.“

Themen anderer Prüflinge an die ich mich erinnere: pAVK und akuter peripherer Arterienverschluss, Gallenentzündung, A. carotis interna Stenose.

Empfohlene Quellen: Chirurgie in Frage und Antwort,2015. Fallbuch Chirurgie, 2014. Ärztliche Fertigkeiten, 2016. DocCheck Flexion Applikation.Videos (AMBOSS, DocCheck).

Fazit: PD Dr. Rückert ist super nett, Er wollte immer allen Prüflingen helfen, wenn sie sich blockieren (auf dem Schlauch stehen). Manchmal reagierte er menschlich stark auf eine Weise, bei der er uns die Antwort gab.

Kenntnisprüfungsprotokoll 28.04.2017

Innere Medizin: Prof. Dr. Markus van der Giet (Vorsitzender)
Chirurgie: PD Dr. Ralph l. Rückert
Neurologie: Prof. Dr. Bernd Holdorff

Bestanden
Wir mussten keine Epikrise vorher schreiben.

Ich habe ca. 3 Wochen vor der Prüfung Herrn Prof. Holdorff angerufen, um einen Termin zu vereinbaren. Wie in den alten Protokollen schon steht, macht er kein Vorgespräch. Dann sagte er, dass wir nach 4 Themen befragt werden (Schlaganfall, Bandscheibenerkrankungen, SHT, Epilepsien). Dann gibt es klinische Untersuchungen (ihm sind wichtig allgemein Gesichtsfeldstörungen, Unterscheidung einer zentralen spastischen Lähmung von einer peripheren schlaffen Lähmung. Wie werden Pyramidenbahnzeichen, Lasègue Zeichen ausgelöst?). Dazu hat er uns eine E-Mail geschickt mit den Prüfungsthemen und deren häufigsten Unterthemen. Dass war echt nett und hilfreich.

Tag der Prüfung (F= Frage, A= Antwort)
Praktischer Teil:

Wir trafen uns um 13:00 Uhr mit Herrn Prof. van der Giet und zusammen gingen auf Station, wo wir die 2 Prüfer getroffen haben. Wir wurden von Prof. van der Giet gefragt, wer als erster geprüft werden möchte.
Die Patientin (eine sehr nette und hilfreiche Frau) war eine 60 jährige Frau, die aufgrund eines mit Blut gemischten Erbrechens stationär aufgenommen wurde. An Vorerkrankungen ist eine thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP) bekannt. Nach einer kurzen Anamnese wurde ich befragt: **F:** „Wie untersuchen Sie das Gesichtsfeld?“ **A:** „Ich habe es gemacht aber was ich untersuchte, war Untersuchung der Okulomotorik.“ Ganz ruhig hat mir erklärte, wie man das Gesichtsfeld untersuchen kann. **F:** „Wie heißt die Gesichtsfeldstörung?“ **A:** „Hemianopsie.“ Dann habe ich die Reflexe getestet (Patellarsehnenreflex, Achillessehnenreflex). Bei ihm gab es keine negativen Gefühle.

Mündlicher Teil:

F: „Sie sind Arzt in der Notaufnahme und ein bewusstloser Patient mit einem Trauma wird ins Krankenhaus eingeliefert. Was machen Sie?“ **A:** „Fremdanamnese, Koma Beurteilung (GCS). Was hier wichtig ist: Pupillen Untersuchung, die lichtstarr und mindestens mittel weit sind, keine spontane Beatmung, nicht ansprechbar und Zeichen von Frakturen (z.B. Schädelbasisfrakturen) und neurologische Ausfälle.“ **F:** „Ursachen einer Bewusstlosigkeit nach einem Trauma?“ **A:** „Intrakranielle Blutung (Hämatom)“ **F:** „Welche Formen?“ **A:** „Ich zählte alle Formen auf und erklärte nach seinen Fragen.“ **F:** „Diagnose?“ **A:** „CCT.“ **F:** „Therapie?“ **A:** „sofortige OP d.h. Notfallmäßige Trepanation und Entlastung des Hämatoms.“
F: „Welche Typen von Epilepsien kennen Sie“ **A:** „fokale Anfälle, die in einfach fokale und komplex fokale Anfälle (Psychomotorische Anfälle) unterteilt werden. Generalisierte Anfälle (Grand-Mal), die in tonisch-klonische, myoklonisch atonische und Absence (Petit-Mal) Anfälle unterteilt werden.“ **F:** „Können Sie mir den einfach fokalen Anfall demonstrieren?“ **A:** „ich habe es mit meinem Arm vorgemacht aber es war nicht 100% richtig.“ Dann hat er es mir gezeigt und sagte, es heißt Jackson Anfälle. **F:** „Wie wird eine Epilepsie behandelt?“ **A:** „fokale Anfälle werden mit Lamotrigin und Levetiracetam behandelt. Generalisierte Anfälle werden mit Valproat (Valproinsäure) behandelt.“ Er war zufrieden damit.

Themen anderer Prüflinge: komplex fokale Anfall, Bandscheibenvorfall und L4 syndrom.

Empfohlene Quellen: 1- Bandscheibenerkrankungen, SHT und intrakranielle Blutung: Chirurgie für Studium und Praxis bei M. Müller und Mitarbeiter. Fallbuch Chirurgie, 2014. kostenlose online Power Point.
2- Epilepsien und Schlaganfall: DocCheck Flexion Applikation. Innere Medizin, Gerd Herold. Mündliche Prüfung- Innere Medizin, Thieme. kostenlose online Power Point.
3- Klinische Untersuchung: Ärztliche Fertigkeiten, 2016. Videos (AMBOSS, DocCheck, Verschiedene YouTubes auf Englisch).

Fazit: Prof. Dr. Holdorff ist super nett und das Gespräch mit ihm war ganz kollegial, Er wollte immer allen Prüflingen helfen.

Kenntnissprüfung 02.05.2017

Sehr netter Prüfer. Bei Vorgespräch sagte er, dass wir an Kardiologie konzentrieren sollten und die große Themen in Pneumonologie.

Praktischer Teil:

Bei meinem Patienten wurde vor eine Stunde einen Herzkatheter mit Verdacht auf KHK wegen Thoraxschmerzen durchgeführt. Ich musste eine kürze Anamnese erhebenund dann .D.D(KHK, MI, LAE,Pneumothorax, Aortendissektion) was würden Sie machen? EKG . wenn es kein ST-Hebung gibt, könnte es MI sein? Ja, NSTEMI.
Was würden Sie Machen?Laboruntersuchung,Trobonin T.
Wenn Trobonin auch normal ist, was würden sie machen? Zu erst ein Belastung EKG und dann PTCA. Wo kann man die Herzklappen auskultieren?Liegt die Aortenklappe hinter 2 ICR? Nein . wo denn?Wusste ich nicht.Dann was hören Sie bei Trikuspidalinsuffizienz.(Systolikum) bei Polmunalklappe Insuffizienz(Diastolikum)
Der Prüfer bat mir die Lungen zu perkutieren. Es gab Dämbfung in der linken unteren Seite. D.D für Dämpfung (Erguss, Tumor, Pneumonie). Dann untersuchen Sie bitte die Atemverschieblichkeit. Es war 4 bis 5 cm,normal. Dann Pulsstatus erheben, war Arrythmie.
Der Prüfer: Welche Medikamente werden Sie bei Entlassung schreiben?(ASS, Clopidogrel, ACE-Hemmer, B-blocker, Statin)
Der Prüfer: Was sind die Risikofaktoren für KHK?(Hypertonie, DM,Hypercholestrenämie, Rauchen, Alter , Familie, Männliche Geschlicht).

Theoretisch:

Ich musste zu erst den Patienten, den ich vor einer Woche untersucht habe, vorstellen.
Der Patient nimmt Ivabradin B- Blocker , ACE-Hemmer,ASS, Clopidogrel und Spironolakton .
Was ist Ivabradin¬?
Welche Nebenwerkung haben Beta-Blocker ?
Welche Kontraindikationen Haben ACE-Hemmer?
Was sind die Nebenwerkung und die Kontraindikationen für Spironolakton?
Es wurde bei ihm Ross OP durchgeführt. Was ist diese Operation?



Sehr netter Prüfer. Bei Vorgespräch sagte er, dass wir an Appendizitis, Akutabdomen, Polytrauma,Ileus und Trauma von große Gelenke und Knochen konzentrieren sollten. Er wird keine spezielle schwierige Fragen stellen.

Praktischer Teil:

Wie kann man zwichen Dämpfung von Pleuraerguss und Dämpfung von Pneumonie unterscheiden? (Echo – Röntgen – Stimmfremitus)
Untersuchen Sie die Stimmfremitus, wann wird sie verstärkt und wann vermindert?
Was bedeutet Akutabdomen und was sind die Ursachen?
LAE Behandlung ? (Heparin) was wenn der Patient instabil ist ? (lyse) war nicht dafür weil es gefärlisch sein könnte. Was noch ? (chirurgisch)

Theoretischer Teil:

Ein Mann liegt auf der Straße wegen einen Unfall. Was machen Sie?(Ist er Wach ? reagiert auf Ansprache?) ja. Er hat ein Wund auf den Brust und bekommt immer schierig Luft, was könnte es sein? (Spannungpneumothorax). Was machen sie ? schnell etwas in der wund rein stecken wie Z.B ein kugelschreiber oder Finger. Was ist die Behandlung im Klinik? (O2 geben, Schmerz Therabie , und Drinage anlegen)wo? Im 2.ICR in MKL oder 3. bis 5. ICR saft Triangel.
Kleines Kind mit bauchschmerzen nach einen Fahrradunfall? Milzruptur
Was machen Sie? Abdomensonographie. Was sehen Sie? Freie Flüssigkeit. Wo?
Im Douglas Raum und Morrison. Wo liegt Morrison? Zwischen rechte Niere und leber.
Was könnte als Paranchymsorgan verletzt sein? Leber. Was noch? Nieren und Pankreas?
Wann wird Pankreasverletzungen schicht? Wenn Gänge verletzt sind.
Was kann auch im Bauch verletzt sein ? Ein Hohlorgan.
Wie Kann man das feststellen? Mit Röntgen sieht man freie Gas im Abdomen.



Kenntnissprüfung - Berlin
==================================
وصلتني هذه التجربة من أحد الزملاء من الأردن ولا يرغب بذكر اسمه.. أنشرها كما وصلتني..

==================================
Berlin 4.10.2016
Kardiologie - Chirurgie - Dermatologie

Kardiologie:
Harnwegsinfekt : Risikofaktoren, Urinanalyse, Bakteriellezahl, Komplikation, Behandlung. Asymptomatische Backterurie.
Lungenembolie: Behandlung, Untersuchungen, Behandlung, Was ist INR, Dabigatran, Rivaroxaban.
Impfung

Chirurgie:
Diverticulitis: Bedeutung,Komplikation
Bauchtrauma: Korperliche Untersuchung, Untersuchungen.
Gastrointestinale Blutung: Untersuchungen.

Dermatologie:
Haut Screening im Deutschland
Basalzellkarzinom: Lokalisation,Behandlung.
Aktinesche Keratose: Untersuchung,Behandlung.
Plattenepithelkarzinom: Lokalisation,Behandlung.
Malignes Melanom: Formen, Histologisch Befund, ABCDE Regel, Metastasierung, Behandlung

Praktisches Teil:
Nur körperliche Untersuchung, keine Anamnese.
Untersuchung von Herzspitzenstoß, Herz Auskultation,Herzinsuffizienz Untersuchung(Halsvenen,Hepatojugular Reflex, Periphere ödem, Anasarca, Lungen Perkussion, Abdomen Palpation und Auskultation,Nieren Klopfschall



Epikrise

Name der Untersucherin: Hala Raed

Anlass der Untersuchung: mündliche Prüfung zum 2. Abschnitt der Kenntnisse Prüfung

Datum der Untersuchung: 24.11.2016

Ort der Untersuchung: Charité Campus Mitte, Kardiologie

Patientendaten:

Name: G.G

Geburtsdatum: xx.xx.1944

Aufnahmegrund:

Frau G. wurde am 22.11.2016 mit Verdacht auf KHK zur invasiven Diagnostik und ggf. Intervention von dem Ärztehaus Berlin auf die Kardiologische Station 203A am Campus Mitte der Charité verlegt.

Hauptdiagnosen:

1. Verdacht auf koronare Herzkrankheit (KHK)
2. Arterielle Hypertonie
3. Kombiniertes Mitral-Aortenvitium
4. PAVK
5. Erhöhte Kreawerte.

Nebendiagnosen:

1. Stenose der Arteria Karotisinterna beidseitig Z.N Operation beidseitig und Implantation von mehreren Stents beidseitig 2000 -2013
2. Stenose der Arteria iliaca rechts Z.N PTA und Stent 2013.
3. Hypercholesternämie
4. Hyperurikämie
5. Nikotinabusus (1 Schachtel tgl.) 50 jahrelang.
6. Allergie auf Penicillin
7. Positive Familienanamnese (Vater: plötzlicher Herztod)

Jetzige Anamnese:

Mit seit einem Jahr bestehenden, nun deutlich zunehmenden, im Charakter krampfartig und drückend empfundenen Retrosternalschmerzen stellte sich Frau G. Am 11.11.2016 in der Kardiologie-Klinik vor.
Nach Angabe der Patientin treten die Schmerzen bei geringster Belastung (ungefähr 50 m) auf, und nach Einnahme Nitropräparat dauerten 2 Minuten .
Auf anfrage sagt die Patientin ,dass die Schmerzen wetterabhängig seien und in beide Armen ausstrahlen würden .
Die Patientin klagt seit zwei Jahren über bestehender Belastungsdyspnoe ; die im Verlauf der Zeit sich verschlechtert habe und in letzter Zeit mit den obengenannten Schmerzen verbunden sei.
Weiter wurde die Patientin von der Kardiologin in der Klinik untersucht , danach wurden dort ein Ruhe EKG und Echokardiographie veranlasst.
Ein BelastungsEKG wurde nicht vorgenommen , da die Patientin an Aortenstenose leidet.
Bei unauffälligem Befund im Ruhe-EKG , mehreren Risikofaktoren für KHK , sowie typischer Angina pektoris wurde der Verdachtsdiagnose auf KHK gestellt.
Bereits am 22.11.2016 befand sich die obengenannten Patientin im Charite Krankenhaus Berlin in Stationärer Aufnahme.
Damals wurde die Patientin untersucht und ein Ruhe EKG wurde angefertigt , nachdem ein Langezeit-EKG zum Einsatz gekommen war .
Weiterhin ist die Dürchführung einer Koronar Angiographie am 23.11.2016 eingesetzt worden , um die Pathologie der Koronararterien zu beurteilen und die stenose genauer zu erfassen .
Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen sich mehrfach hochgradige pathologische Veränderungen ; insbesondere starke Stenose der RIVA und RCA , die Intervention wurde jedoch wegen der aufgetretenen Komplikationen während der Untersuchung abgebrochen .
Unter Beurteilung der Vorbefunde bzw. der Genese und Gesundheitszustand der Patientin wurde eine Bypass Operation empfohlen .

Vorgeschichte:

Bei der Patientin besteht eine seit 1995 bekannte und behandelte arterielle Hypertonie. 2000 wurden nach Amaurosis Fugax mehrere ältere Cerebrale Ischämische Insulte diagnostiziert . daraufhin wurden die signifikanten Stenose in beiden Aa. Carotis von 2000 bis 2013 mehrfach operiert bzw. Mit Stents versorgt . Bei hochgradider PAVK der rechten A. Iliaca erfolgte 2014 ein Stent Einlage (anamnestisch). Weitere Vorerkrankungen sind ; Chronishe Niereninsuffizienz (eigenanamnestisch) , Kombiniertes Mitral-Aortenvitium , Hyperurikämie , Hypercholestrernämie. In der Vorgeschichte wurden auch die folgende Operationen nach Angabe der patientin vorgenommen :

-Z.N Pneumothoax nach Wirbelkörperfraktur 2012.

- Z.N Extirpation Unterbauchtumor unklarer Genese 1985

-Z.N Extirpation Unterbauchtumor unklarer Genese 1950

-Z.N Leistenhernie Operation im Kindesalter

Vegetative Anamnese und Medikamentenanamnese:

Appetit: gering .

Stuhlgang: keine veränderung in Frequenz , Menge oder Farbe, keine Schmerzen

Miktion: Farbe: Hell, harndrang; Nykturie ; polyurie , keine Schmerzen

(Nacht-)schlaf: trotz aktueller Schmerzmedikation wegen dyspnoe und nykturie eingeschränkt.

Haarausfall: keiner Haarausfall

Nikotin: Raucher; (1 Schachtel \ d) 50 jahren

Alkohol: selten.

Fieber, (Nacht-)schweiß, Durst, Übelkeit/Erbrechen werden von Frau G. verneint.

Eine Dauermedikation aufgrund ihres seit 1995 diagnostizierter Arterielle Hypertonie sowie den anderen bekannten chronischen vorerkrankungen nimmt Frau G. die folgende Medikamente ein :

iscoverl 75mg	1-0-0
Enalapril comp 10\ 25mg	1-0-0
Felodipin 5mg	1-0-0
Metohexel 95mg	0-0-1\2
Enalapril 10mg	0-0-1\2
Allopurinol 100mg	1-1-0
Torem 5mg	0-1\2-0

Allergie auf Pencillin sowie auf Jod ist festgestellt worden.

Familienanamnese:

Frau G. berichtet, dass Ihre Vater im 42. Lebensjahr an einem plötzlichen Herztod starb.

Die Mutter der Patientin litt nach den Angaben der Patientin Frau G. an Arteriosclerose, und sie starb mit 80 Lebensjahren ebenfalls an Herzerkrankung (unbekannt) .

Sozialanamnese:

Frau G. lebt allein und hat eine Tochter, die manchmal sich um ihre Mutter kümmert .
Sie hat 4 Hunden und bestreitet ihren Unterhalt allein.

Berufsanamnese:

Zurzeit Frau G. ist Renterin
Sie hat bevor in mehrere Unternehmen gearbeitet.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Größe: 168 cm

Gewicht: 60 kg (Gewichtszunahme von 3 kg innerhalb von letzten 6 Monaten)

BMI: 21,27 kg/m^2

Allgemeinzustand: gut

Bewusstsein : wach, orientiert zu Raum, Zeit, Situation und Person

Haut : warm , rosig , hydriert , kein bestehenden Hautfalten , keine Petechien, beidseits schuppende Haut am Vorfuß.

Schleimhäute : blass , feucht .

Kopf und Hals : kein Kalottenklopfschmerz, keine Ödeme, kein Meningismus,Sensibilität unauffällig, Mimik unauffällig
Freie Nervenaustrittspunkte, frei Nasennebenhöhlen, Thyroidea nicht vergrößert keine Venenstauung, lymphknoten nicht vergrößert und nicht druckschmerzhaft, Karotidenpulse sind schwerig palpabel mit sichtbaren narben rechte seite im Bereich A. Karotis.

Augen : Visus ist korrigiert, rosige Konjuktiven, mittelweit runde Pupillen,Skleren weiß,

Mund und Rachen : Keine Zyanose , Schleimhaut ist rosig und Feucht , keine Belege, keine Hinweise auf Entzündung , weder Schwellung noch Rötung ,
Zunge ist normal und beweglich und keine venenstauung,
Zahnstatus ist intakt mit Ausfälle einige Zähne

Thorax : keine Deformitäten; keine supraklavikulären oder axillären Lymphknoten tastbar; Atemfrequenz ~16 / Minute; Stimmfremitus seitengleich , Klopfschall sonor, Atemverschieblichkeit ~3 cm; Atemgeräusch leise, vesikulär, Feuchte Rasselgeräusche ; keine Bronchophonie auskultierbar.

Cor : Herzspitzenstoß 5.ICR medioclavikular tastbar, Herztöne sind unrein und Rythmisch , Herzgeräusche sind vorhenden ; 4\6 Systolikum mit p.m. über 2.ICR rechts mit Fortleitung in Carotiden ; 4\6 diastolikum mit p.m. über Herzspitzenstoß.

Abdomen: Symmetrische Kontour ; ausladender Bauch ; reizlose Narbe im Bereich der Leistenband ; keine sichtbare Weichteilebrüche ; keine venenzeichnung ; Spärliche Darmgeräusche über allen Quadranten ; keine pathologischen Strömungsgeräusche über den abdominellen Arterien ; Bauchdecke weich, keine tastbaren Resistenzen, kein Druck- oder Klopfschmerz ; wegen ausgeprägte Aszites konnte ich die leber und Milz nicht überprufen ; Nierenlager nicht klopfschmerzhaft ; Hinweise auf Aszites; Blasenkatheter .

Extremitäten: Extremitäten warm; Keine peripheren Ödeme; Varikosis, keine Ulzerationen; Bewegungsapparat und -koordination unauffällig; Gangbild und Haltung unauffällig; Zehen- und Hackengang problemlos möglich; Laségue Zeichen beidseits negativ; Sensibilität unauffällig .

Pulsstatus: Periphere Pulse allseits sind seitengleich ; kaum palpabel und abgeschwächt,

Befunde:

Ruhe EKG vom 8.11.2016 indiffernztyp ;Sinus Rythmus ; F 78\min ; PQ 0.16 s; QRS 0,10 s ; QT 0,38 s ; QTc 0,44 s ; negatives T in V4

Echokardiographie mit Farb-Doppler vom 8.11.2016

Dimension der Herzhöhlen : LV EDD 38 mm ; LV ESD 21 mm ; IVS ED 10 mm ; LVPWED 11 mm ; LA 32 mm; Ao 23 mm; RVOT 18 mm , im Normbereich.

Funktion des Linken Ventrikels : Synergie ; visuell ; keine EF einschränkung ; EF 66% (Simpson ; biplan) im Normbereich ; Diastolische Funktionparameter : E 0,7 m \ s ; A 1,2 m\s ; E\A 0,6 m\s ; E med.4 cm\ s ; E:E 17 ; DT 208 ms ; Hinweise für Relaxationsstörung .

Mitralklappe : posteriores Segel verdickt und verkalkt ; geringe Mitralinsuffizienz mit Proximaler jetbreite 4mm im Farbdoppler .

Aortenklappe : klappentaschen verdickt ; reduzierte systolische separation einer geringen morphologischen AS mit max. DG 19 mmHg und mittl DG 10 mmHg entsprechend ; geringe begleit-AI im Farb- Doppler mit proximaler jetbreite 10 mmHg .

Trikus.klappe : morphologisch unauffällig, im Farb-Doppler Nachweis einer geringen funktionellen Trikuspidal insuffizienz ; Kalkulierter systolischer PulmonalisDruck mit 26 mmHg mit ZVD leicht erhöht .

Pulmonalklappe : morphologisch unauffällig ; geinge funktionelle PI im Farb und Konventionellen Doppler nachweisbar (Physiologischer Befund) .

Perikard : unauffällig .

Koronar Angiographie vom 23.11.2016 :

KHK -2 mit mehrfachen Stenosen der RCA und Schwer erreichbarer Stenose der RIVA ; Nach diagnostischer Koronarangiographie entwickelt die Patientin Schüttelfrost und mehrfachen starken Harndrang. Mäßige Besserung nach weiteren 250 mg Prednisolon . Bei Versuchtem Wechsel auf einen 6F JR4 Führungskatheter Spasmus der A. Brachialis mit Starken Schmerzen und erheblichem Widerstand ; daher Abbruch dieses Versuchs .

Langezeit-EKG vom 23.11.2016 : Untersuchung noch ausstehend.

Lungenfunktion Untersuchung vom 24.11.2016 : Interpretation noch ausstehend.

Therapie und Verlauf:

Mit der Indikation zur Koronarangiographie bei Verdacht auf Koronrare Herzkrankheit und der Empfehlung zur weiterführenden Intervention wurde Frau G. am 22.11.2016 aus der kardiologischen Praxis "Ärztehaus" Berlin in die kardiologische Station 203A des Charité Campus Mitte übernommen.

Die Ergebnisse des Ruhe EKG sind zum Zeitpunkt der Aufnahme normal , während die Echokardiographie Hinweise auf Relaxationsstörung; geringe AS sowie geringe MI gibt . Die Kreatinin Werte im Blut waren ebenfalls erhöht . Die Koronarangiographie Diagnostik (23.11.2016) erbrachte den Nachweis von KHK-2 mit mehrfachen Stenosen der RCA und schwer erreichbarer Stenose des RIVA ; Prednisolon 250 mg wurde wegen der eingetretenen Komplikationen (Schüttelfrost sowie mehrfachem starker Harndrang) verabreicht ; danach trat eine mäßige Besserung ein ; Die Intervention wurde zunächst wegen des Spasmus der A. Brachialis sowie der starken Schmerzen abgebrochen ; Bei schwerer PAVK mit zahlreichen Eingriffen über die Beckengefäße wurde der Eingriff beendet .

Des Weiteren sind die mögliche Vorgehenweisen entweder MIC-LIMA und nachfolgend PCI der RCA ; oder als Alternative nur PCI der RCA und primär konservatives Vorgehen hinsichtlich des RIVA.

Nach Besprecheung im Herzteam ; haben die Ärzte die LIMA bypass Operation bevorzugt ; da die vorherige Erfolglosigkeit interventioneller Verfahren sowie die indikation für Bypass Operation (Symptomatische Zweigefäßerkrankung mit stammnahen Stenosen von RIVA und RCA) vorhanden sind .

Im Gespräch mit der Patientin habe ich festgestellt ; dass die Patientin von der Operation Angst hat und sich keiner Operation unterziehen will . Sie akzeptiert nur interventionelle Verfahren als Behandlung .

Nun warten die Ärzte auf die Entscheidung der Patientin mit der Hoffnung , dass sie sich für die Operation entscheiden werde.

Berlin , den 24.11.2016

Hala Raed.

Das Theoritisches Teil

Herr Knebel hat mir sein Labtop gegeben und es gibt EKG bild 12 ableitungen und hat mich gefragt ; können Sie uns sagen ; was für Diagnose können Sie sagen ?

Habe ich zuerst Schritt für Schritt das beschreiben (Rythmus; Frequenz ;Lagetyp ;Zeiten(PQ-PR –QRS) ;Deformität oder Veränderung) dann habe ich festgestellt dass Myokardinfarkt Hinterwand ist (AVF, II,III) dann hat mich gesagt ; Sie sind allein im Dienstschischt und niemand ist da .... was machen Sie wenn Sie diese EKG haben ?

Ich : zuerst werde ich den Patienten sofort auf Intensivstation einweißen ; und dort werde ich die Vitalparameter stabilisieren also zwei intravenöse zugänge ; Sauerstoffangabe wenn der sauerstoffsättigung wenniger als 90 % ; Morphin 1mg Iv um das Sauerstoffverbarauch zu vermindern ; Nitrat und antikoagulant Heparin ; auch ASS ; Mitoclopramid ... dann werde ich den Patienten sofort ins Katheterlabor verlagern um Angiographie als Diagnostische bzw. Interventionelle Verfahren um die Kranzgefäße so schnell wie möglich wiederöffnen zu machen.

Hier hat mir gesagt konnen Sie den Knopf drücken (also er meint auf Laptop) dann ein Bild des Katheter erscheint , und nun hat mich gefragt was sehen Sie ?

Zuerst habe ich das bild beobachtet dann habe ich gesagt was mir aufgefallt ; das Kontrastmittel geht nicht mehr weiter wegen eine Embolie in dem Gefäß .... er hat mir gesagt gut

Dann Herr Lüdjtek hat mich im Details über Wells Score ; TVT Zeichen ; und Therapie gefragt

Dann Herr Wolfgang hat mich alles über die Urolithiasis gefragt ; dann wo der Harnleiter hat Physiologische verengungen (Anatomie) ... hier habe ich das gezeichnet .. dann hat er mich gefragt über die Formen der Hodentumor .

Alle Prüfer waren sehr zufrieden mit die Antworten und haben mir geasgt am Ende ; dass mein Sprache sehr gut ist !

Hala Raed

5.12.2016

Das Praktischen Teil der Kenntnisseprüfung 1.12.2016 Charite Campus Mitte

Prüfungskommission :

Der Prüfungsvorsitzende : **Prof.Dr.med Fabian Knebel** (leitender Oberarzt Funktion Daignostik und Stationen . medizinische Klinik m. S Kardiologie und Angiologie)

Prof .**Dr.med Andreas Lüdtke Handjery** (Facharzt Gefäß- und Allgemeinchirurgie)

Prof**.Dr.med Wolfgang Diedrichs** (Direktor und Facharzt der Klinik für Urologie und Neuro-Urologie)

Wir haben uns zuerst vorgestellt und sind wir alle zur Kardiologieschen Station gegangen ; um das praktischen Teil einzusetzen ; und dort wurden wir nacheinander von der Kommission überpruft ; ob wir die Untersuchungen richtig durchführen konnen , und wir die Kommunikation mit der Patienten vollbringen.

Ich habe einen Patienten , der übergewichtig ist ; und hat Dr.Knebel mich aufgefordert ; dass ich die Anamnese mit den Patienten führe ; und gleichzeitig hat die Kommission dern Verlauf beobachtet .

Als ich den Patienten über die Medikamente gefragt habe , hat Dr. Knebel das Gespäch höflich unterbrochen umd mich gefragt ; was erwarten Sie als Medikamente bei diesem Patienten ?

Ich : Der Patienten leidet seit fünf Jahren an Vorhofflimmern ; und deswegen erwarte ich Frequenzkontrolle Medikamente und auch Antikoagulant ; da der Patient Hypertonie hat ,und ....

Dr : können Sie Diese Medikamente nennen ?

Ich : Verapamil oder B blocker als Frequenzkontrolle ; und als Antikoagulant Heparin und Warfarin .

Dr : kann Heparin als Medikamente auf die Medikamentliste geschrieben wurde.

Ich : Nein ; er wird im Krankenhaus verabreicht aid er zum erstenmal Vorhofflimmern hat , aber ich erwarte Warfarin auf die Medikamenteliste .

Dr. Hier im Deutschland haben wir anderen Name für Warfarin ; kennen Sie das?

Ich : Selbstverständlich .... pronocoumin oder Cumarin

Dr: genau ... Cumarin .. ich würde jetzt Sie bitten ; Mitral Insuffizien zu untersuchen und erklören uns was Sie machen .

Hier habe ich zuerst meine Hände desinfiziert (**Sehr wichtig**)

Und dann höflich den Patienten bitten , sein Oberkörper frei zu machen,und erklären ; dass ich jetzt untersuchen werde .

Zuerst habe ich Herzspitsstoß bestimmt und palpapiert , und Trotz sein übergewicht konnte ich das genau verspüren (5 ICR MKL). Und Hier Dr. Knebel hat mich gefragt ; könnte das Herzspitsstoß nicht in diesem Ort sein .

Ich : ja ; es könnte verlagert werden ; wenn der Patient schon an Herzinsuffizienz oder Dilated Kardiomyopathie leidet oder mmm....

Dr: das ist reicht

Dann habe ich mit Stethoskop auskultiert und habe ich mich die Zeit gelassen ; um zu hören ; dann habe ich erläutert ; dass die Herztöne rein und Rythmisch aber vielleicht gibt es ein geräusch ....

Dr: was sagen Sie wenn als Auskultation Befund ; wenn der Patient Mitral Insuffizienz hat .

Ich: also Bandförmiges Systoikum mit Puntum Maximum über 5 ICR MKL.

Dr: gut .... was ist das Unterschied zwieschen Herzgeräusche und Herztöne ?

Ich: Herzgeräusche sind pathologische Töne ; die während Systol oder Diastol wegen Klappenvitien ausgelöst werden .

Im gegenteil die Herztöne sind Normal Herztöne ; die wegen des Abschlusses der Klappen ausglöst werden .

Dann ist Dr. Wolfgang drann ; er hat mich gefragt : wenn der Patient seit 24 Stunden das Wasser nicht gelassen hat ; wie können Sie das untersuchen .

Ich : das ist sogenannte Harnverhalt ; und um die Volle Blase untersuchen zu können werde ich das mit der Perkussion herauszufinder ; also veränderungen im Klopfschal von sonor zu gedämpft .

Dr: gut ... können Sie das bei dem Patienten das erfassen .

Ich : leider Nein ; weil er übergewichtig ist :

Dr: was machen Sie weiter .

Ich : mmmm .... vielleicht Katheter

Dr: ja .... aber gibt es etwas besser ist .

Ich .: Sonographie meinen Sie ?

Dr: genau ..... was für Erkrankungen als Ursachen für Harnverhalt können sein .

Ich : also BPH ; Stenose im Urether ... oder ein Tumor in der nähe ist .

Dr.: alles richtig .... aber ich würde gern internistische Ursache hören ... danken Sie daran .

Ich: also Hypovolämie .... Schock ?

Dr: es gibt etwas wichtiger ?

Ich (habe ich mich hier ein moment überlegt) und dann habe ich gesagt : Akute Nierenversagen meinen Sie ?

Dr: genau ... super

Dann Dr. Lüdteken Handjery hat gesagt :

Nun habe ich an Sie Zwei Fragen :

Zuerst : wie können die Leber untersuchen und die zweite Frage : wie kann mann Rektus Diastus bestimmen ?

Ich : ich fange mit der Untersuchung der Leber an ; zuerst mit der Tiefen Palpation von der rechten Unterbauch nach oben MKL ..... hier hat Dr.LH gefagt : können Sie das machen jetzt .... ich : also eigentlich es ist schwierig ; da es so viel Fettleib gibt .... Dr. LH sagt : und ?

Ich : ich kann mit der Kratzuntersuchung ... also mit Auskultation

Dr: zeig mir wie

Ich : ich lege die Stethoskop unter die Xiphoid Prozess und kratze ich hier in MKL

Dr: warum hier unter Xiphoid Prozess und niccht hier (er hat sein Finger ober die Nabel gelegt)

Ich bin hier verwirrt und ich habe gesagt ; ich weiß nicht, also habe ich so gelerent

Dr: ja aber warum ? (hier ich bin einbisschen aufgeregt) aber er hat lächlet ung gesagt ; weil die leber wird in diese Richtung vergrößert ; und Sie hören dann das ist eine Vegrößerung .

Und er hat gesagt ... nun zur zweiten Frage

Dann habe ich die Rektus Diastus erklärt und dann habe ich den Patienten aufgefördert ; zu Husten oder zu bressen .

Dr. Hat erwähnt ; aber es wäre besser wenn das untersuchen wennn der Patient ...

Ich habe gesagt : wenn der patient steht oder wir den Patienten im Bett aufrichten .

Dann hat mich Dr. Knebel bitten ; um einen Platz mit der Kollegen zu nehmen ; und auf das Theoritschen Teil zu warten .

Hier beendet sich das praktieschen Teil und ich zufrieden Gott sei dank

Ich hoffe ; es hilfreich für euch ist .... also habe ich da in Details geschrieben ; um einen genauen Blick zu haben ; wie läuft das Parktische Teil ab .

Hala Raed

5.12.2016

Kenntnisprüfung April 2017

Prof Dr. Markus van der Giet (Vorsitzender)
PD Dr. Ralph I . Rückert
Prof Dr. Bernd Holdorff

Bevor 4 Wochen habe ich eine Termin beim Herr Prof . van der Giet , er war pünktlich und nett, er erklärte wie die Prüfung läuft. (Drei Prüfer , 2 Teile , in einem Tag und Keine Einschränkung)
Teil 1:
Prof. van der Giet rufe mich vom Arztzimmer und zusammen mit der anderen Prüfer gehen in eines Patientenzimmer .
Kurz inkomplette Anamnese: 63-jährige Patientin stellte sich im Notfall wegen plötzlich heftiger Schmerzen in der hinter Seite des linken Oberschenkels vor. Die Patientin erklärte, dass die schmerzen mit der Zeit schlechter geworden und in den Fuß ausstrahlte. Die Frau klagte über großen Bluterguss in der linken unteren Extremität
Vorerkrankung: Z.n Nierentransplantation vor 3 Jahren , Hypertonie
Die Patientin nimmt verschiedene Medikamente ein, einer ist Marcumar.
1- Nach der Untersuchung der unteren Extremitäten, F: was Sehen Sie ? A: die Linke Extremität ist verdickt wegen eines generalisierten Ödem und es gibt Zeichen von alte subkutan Blutung (Bluterguss) und chronische Veneninsuffizienz auf der Haut. (während die Untersuchung fragte ich die Patient ob sie an DM litt). F: was ist Ihre Meinung ? A: spontan subkutan Blutung wegen Gefäß einriss (häufig eine Vene).
F: und welche DD kommen in Betracht ? A: TVT. Dann es war ein Diskutieren über die Ursachen und Marcumar.
2-Erhebung des arteriellen Gefäßstatus und ich sollte jede Arterie benennen , dann diskutieren über pAVK
und TVT.
3- Sie haben die Temporalarterie getastet, woran denken Sie von neurologischem Standpunkt? , A: Migraine ,...... Riesenzellarteriitis (Arteriitis Temporalis) . wie man kann diagnostiziert? Symptome: Kopfschmerzen und Schmerzen beim Kauen, Amaurosis fugax, klinische Untersuchung: Pulslos verhärtete verdickte schmerzhaft Arterie. Laborchemisch: erhöhtes CRP , BSG, Leukozytose, diagnostiziert : Doppler-Sonographie und Temporalarterienbiopsie . Medikament : Glukokortikoiden.

Dann Untersuchung die Muskelkraft im beine und benennen die Nervenwurzeln
sowie die Sensibilität-bereiche der L3, L4, S1.

Teil 2 :
1- Eine 30-jährige Patientin stellte sich wegen erhöhten Blutdruck vor , woran denken Sie? A: an sekundär aHT. Die Patient nimmt Orale Kontrazeptivum seit 2 Monaten ein. Was machen Sie jetzt? Zuerst muss die Patient das Kontrazeptivum stoppen. F: Wie viel Zeit muss man warten bis der Blutdruck wieder normal ist ? A: 2 -3 Monate und er sagte : 3 Monate,
nach 3 Monaten die Patientin hat erhöhten Blutdruck 180/110 welche Diagnose haben Sie (junge Dame und erhöhter Blutdruck ? Nierenarterienstenose wegen FMD (Fibromuskuläre Dysplasie). dann es war fragen über DD der sekundäre Hypertonie und Medikamente.
2- Sie sind ein Arzt im Notaufnahme eines Kleinen Krankenhauses und ein Man mit verdacht auf akuten Arterienverschluss. Welche Symptome hat er?
Wie können Sie die Diagnose feststellen?
Wie können Sie zwischen kompletten und inkompletten Arterienverschluss unterscheiden?
Wenn der Patient einen kompletten Verschluss was wird den nächsten Schritt sein ? Die

Unterscheidung zwischen Embolie und Thrombose
Wann schicken sie den Patient zum anderen großen Krankenhaus , in dem Gefäß Chirurgie sich findet und wann in Ihrem Krankenhaus bleibt .
3- Die Fragen waren über Bandscheibenvorfall und L4 Syndrom, Symptome, Diagnose, Differenzial Diagnose,Komplikationen und Behandlung



تجربة Approbation في برلين :
الامتحان ال Kenntnisprüfung 20.06.2017 كان بتاريخ.
Prüfungskommission war : Kardiologie -Herzchirurgie- Neurologie .
*Practischer Teil:
1-Anamnese erheben bei Patienten mit Herzinsuffizienz aufgrund der KHK.
2- Patient vorstellen
3-klinische Untersuchung des Herzen (Inspektion wichtig Ödeme, Halsvenenstauung, Zyanose...)
Auskultation des Herzen.
klinische Untersuchung des Abdomens(Inspektion, Auskultation, Perkussion und Palpation)
Bei Neurologie:
1-Schlaganfall Anamnese erheben .
2-reflexe (obere und untere Extremitäten) und mit Segment nennen
3- Gesichtfeld Untersuchung
*Theoretisch Teil:
Kardiologie:
1-Schwindel DD
2-AV Block Grads
3- Vorhofflimmern (Diagnose und Therapie)
Chirurgie:
1- thoracaler Schmerz DD
2- Pneumothorax (Diagnose und Therapie)
3- Wund in der kopfschwarte (Anamnese und Therapie) hier wichtig ist SHT nicht vergessen und Tetanus Schutz.
Neurologie:
1- epileptische Anfall bei Patient in Rettungsstelle was machen sie ?
Nichts nur Patient Schützen sich nicht verletzen. Erst nach 4-5 min Lorazepam, dann Frage nach Status epilepticus (Stufe Therapie)
2- Nativ CCT mit Verschluss A.cerberi Media und Territorialinfarkt .
Lysefenster
3- Karpaltunnelsyndrom (Klinik, Diagnose)
Welche Muskeln von N.medianus innerviert sind ?
Technische Untersuchungen bei neurologischen Drucksyndrome ?
ENG,EMG,SEP,...
Welche Aussagen erlauben diese Untersuchungen ?
ENG: NLG verlangsamt (Neurapraxie) demyelinisierende läsion.
Reduction der Amplitude (Axonotmesis)
axonale Läsion .
EMG: Denervierungszeichenen (spontan Aktivitäten und verbreitete polyphasische Amplitude



تجربتي في برلين
شكرا للمجموعة التي قدمت الكثير و تمنياتي للجميع بالنجاح
الامتحان في النهاية ليس صعب التجاوز و الدليل وجود الكثير قصص النجاح التي تم تقديمها هنا
جو الامتحان كان جو مريح و فية جو الزمالة و الندية في التعامل

Kenntnisprüfung April 2017

Prof Dr. Markus van der Giet (Vorsitzender)
PD Dr. Ralph I . Rückert
Prof Dr. Bernd Holdorff

Bevor 4 Wochen habe ich eine Termin beim Herr Prof . van der Giet , er war pünktlich und nett, er erklärte wie die Prüfung läuft. (Drei Prüfer , 2 Teile , in einem Tag und Keine Einschränkung)
Teil 1:
Prof. van der Giet rufe mich vom Arztzimmer und zusammen mit der anderen Prüfer gehen in eines Patientenzimmer .
Kurz inkomplette Anamnese: 63-jährige Patientin stellte sich im Notfall wegen plötzlich heftiger Schmerzen in der hinter Seite des linken Oberschenkels vor. Die Patientin erklärte, dass die schmerzen mit der Zeit schlechter geworden und in den Fuß ausstrahlte. Die Frau klagte über großen Bluterguss in der linken unteren Extremität
Vorerkrankung: Z.n Nierentransplantation vor 3 Jahren , Hypertonie
Die Patientin nimmt verschiedene Medikamente ein, einer ist Marcumar.
1- Nach der Untersuchung der unteren Extremitäten, F: was Sehen Sie ? A: die Linke Extremität ist verdickt wegen eines generalisierten Ödem und es gibt Zeichen von alte subkutan Blutung (Bluterguss) und chronische Veneninsuffizienz auf der Haut. (während die Untersuchung fragte ich die Patient ob sie an DM litt). F: was ist Ihre Meinung ? A: spontan subkutan Blutung wegen Gefäß einriss (häufig eine Vene).
F: und welche DD kommen in Betracht ? A: TVT. Dann es war ein Diskutieren über die Ursachen und Marcumar.
2-Erhebung des arteriellen Gefäßstatus und ich sollte jede Arterie benennen , dann diskutieren über pAVK
und TVT.
3- Sie haben die Temporalarterie getastet, woran denken Sie von neurologischem Standpunkt? , A: Migraine ,...... Riesenzellarteriitis (Arteriitis Temporalis) . wie man kann diagnostiziert?
Symptome: Kopfschmerzen und Schmerzen beim Kauen, Amaurosis fugax, klinische Untersuchung: Pulslos verhärtete verdickte schmerzhaft Arterie. Laborchemisch: erhöhtes CRP , BSG, Leukozytose, diagnostiziert : Doppler-Sonographie und Temporalarterienbiopsie .
Medikament : Glukokortikoiden.

Dann Untersuchung die Muskelkraft im beine und benennen die Nervenwurzeln
sowie die Sensibilität-bereiche der L3, L4, S1.

Teil 2 :
1- Eine 30-jährige Patientin stellte sich wegen erhöhten Blutdruck vor , woran denken Sie? A: an sekundär aHT. Die Patient nimmt Orale Kontrazeptivum seit 2 Monaten ein. Was machen Sie jetzt? Zuerst muss die Patient das Kontrazeptivum stoppen. F: Wie viel Zeit muss man warten bis der Blutdruck wieder normal ist ? A: 2 -3 Monate und er sagte : 3 Monate,
nach 3 Monaten die Patientin hat erhöhten Blutdruck 180/110 welche Diagnose haben Sie (junge Dame und erhöhter Blutdruck ? Nierenarterienstenose wegen FMD (Fibromuskuläre Dysplasie).
dann es war fragen über DD der sekundäre Hypertonie und Medikamente.

2- Sie sind ein Arzt im Notaufnahme eines Kleinen Krankenhauses und ein Man mit verdacht auf akuten Arterienverschluss. Welche Symptome hat er?
Wie können Sie die Diagnose feststellen?
Wie können Sie zwischen kompletten und inkompletten Arterienverschluss unterscheiden?
Wenn der Patient einen kompletten Verschluss was wird den nächsten Schritt sein ? Die Unterscheidung zwischen Embolie und Thrombose
Wann schicken sie den Patient zum anderen großen Krankenhaus , in dem Gefäß Chirurgie sich findet und wann in Ihrem Krankenhaus bleibt .
3- Die Fragen waren über Bandscheibenvorfall und L4 Syndrom, Symptome, Diagnose, Differenzial Diagnose,Komplikationen und Behandlung



Kenntnisstandprüfung - Berlin, 04.04.2017

Innere: PD. Dr. Henryk Dreger (Vorsitzender)

Erster Teil:

Der erste Teil fand in einem Bettzimmer statt. Ich kam rein und alle Prüfer saßen dabei. Zuerst hat mich Dr. Dreger gefragt: diese Patientin kommt zu Ihnen in die Rettungsstelle. Was wollen Sie jetzt machen? Ich habe mich auf das Wort Rettungsstelle konzentriert und habe eine kurze Anamnese erhoben nach AMPEL(Allergien, Medikamente, Patientin Geschichte, Ereignis, letzte Mal zeit) und habe auch gesagt dass ich dabei die Vitalfunktionen prüfen würde(RR, Puls, Sauerstoffsättigung,.. usw). Er meinte aber nicht ganz genau eine Notfallsituation. Dann habe ich schnell eine kurze Anamnese erhoben und habe sie ihm als Oberarzt vorgestellt. Nur dann war er zufrieden.

Patientin hatte Herzrasen als Hauptproblem, aber begleitet mit Dyspnoe bei Belastung und Drückgefühl. Was sind die Differenzialdiagnosen? Anämie, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz. - wie könnte man laborchemisch eine Herzinsuffizienz prüfen? BNP. Außerdem ? Echokardiographie, Röntgen. - Die Patientin hat auch Thoraxschmerzen und Dyspnoe, wie würden Sie dass abklären ? EKG, Herzenzyme. - welche ? CK-MB, Troponin.

Zweiter Teil:

Er hat mir ein EKG mit Vorhofflimmern gegeben. -wie würden Sie das therapieren? Frequenz vs. Rhythmus Kontrolle - Antikoagulation (mittels Heparin und oral) dann Frage zum NOAKS(welche Vorteile haben diese im vergleich zu Cumarin ? Mann kann direkt damit anfangen und nicht erst mit Heparin. Was noch ? Die Therapie ist stabil und benötigt keine INR regelmäßigen Kontrollen(er wollte das hören). Das wars!

Chirurgie: Dr. Thorsten Drews

Erster Teil:

Der erste Teil fand in einem Bettzimmer statt. Ich kam rein und alle Prüfer saßen dabei. Dr. Drews hat mich angerfordert, eine körperliche Untersuchung durchzuführen. Ich habe die gemacht und dabei geklärt, nach welcher Reihenfolge (Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation). Ich musste nur Lungen und Herz untersuchen und bei jedem Schritt wurden fragen dazu gestellt wie:

- Worauf achten Sie bei der Inspektion? AZ und EZ, Hautkolorit und Turgor, Thoraxdeformitäten, Atemfrequenz, Einsatz der Atemhilfsmuskulatur, Ödeme, Halsvenenstauung.
- Was prüfen Sie bei Palpation? Exkursion und den Stimmfremitus. Wann erhöht/vermindert ?
- Auch bei Palpation. Was wird geprüft ? Wofür spricht ein gedämpfter/ hypersonorer Klopfschall ? Dabei war ihm wichtig basal zu klopfen wegen Erguss. Auch von vorne um eine Herzvergrößerung zu prüfen. Ich habe es nicht gemacht aber das wollte er!
- Bei der Auskultation war ihm auch wichtig dass ich die mittlere Lappe rechts auskultiert habe und hat mich gefragt wo die Lappen der Lungen sind.
- Bei Herzuntersuchung habe ich auch geklärt wo, was ich höre. Puls beschreiben ?? Patienten hatte zwar regelmäßigen Puls aber inzwischen kamen auch unregelmäßige Wellen. Ich habe es gesagt dass fragte er. Warum ? Extrasystole. Dann: was kann ein Puls sein ? Das wars.

Zweiter Teil:

Sie sind im Krankenhaus. Die Schwester ruft Sie laut und sagt Herr Doktor kommen Sie. Es ist dem Patienten plötzlisch schlecht geworden du Sie sehen das EKG? Monitor-EKG mit Kammerflimmern. Ist das gefährlich ? Warum ? Was sollte man tun?

50- jähriger Patient mit Bauchschmerzen. Mit allen möglichen akuten und nicht akuten Möglichkeiten. Dann kamen wir aufs Thema Kolonkarzinom. Wie häufig ? Wie kann man Screening dafür machen ? okkultes Blut-Test und Digital Rektale Untersuchung, dann Koloskopie.

Eine wichtige Differenzialdiagnose ist die Aneurysmen. Das wollte er hören!

Wie wird die Bauchuntersuchung bei Cholezystitis ? Murphy-Zeichen. Wer krigt das häufiger ? Frauen. Die F's. Appendizitis Zeichen ? dilatative Kardiomyopathie? Ursachen ? Welche Kammer wird häufiger betroffen? Auch Pathophysiologie, wie eine Mitralinsuffizienz durch Volumenbelastung zu dilatativer Kardiomyopathie führen kann.(bei dieser Frag habe ich grundsätzlich Mitralinsuffiezienz gesagt und die Primäre Genese vergessen und das hat ihm geärgert! Hä)

Wie kann ein Patient eine Herzinsuffizienz bekommen? Und kann man die Stadien einteilen? Wie kann man die Herzinsuffizienz sicher feststellen? Ab welchem EF-Wert ? (da meinte er nur ab 35% ?!?!)

Anästhesie: Prof. Dr. Lehmkuhl

Erster Teil:

Der erste Teil fand in einem Bettzimmer statt. Ich kam rein und alle Prüfer saßen dabei. Dr. Lehmkuhl wollte, dass ich die Hirnnerven untersuche. Wo kann man den Puls an den unteren Extremitäten tasten. Wonach würden Sie fragen bei einer Patientin, die anamnestisch TIA und Schlaganfälle hat ?

Sensibilitätsstörungen, Motorik, Gang ?? Mehr ist mir nicht eingefallen. Aber vielleicht wollte er noch Reflexe prüfen ? Das weiß ich nicht.

Zweiter Teil:

Sie sind in der Notaufnahme. Kommt ein Patient mit 50%-er Verbrennung nach einer Explosion im geschlossenen Raum. Kein Notarzt hat ihn angeguckt oder behandelt. Was tun Sie ?

Wichtig hier ist die Intubation, es ist sehr wahrscheinlich weil er im geschlossenen Raum war und eine hohe Prozent spricht auch dafür. Dann habe ich das Entkleiden und mit metalbeschichtetem Verbandtuch Abdecken gesagt (Er hat gesagt richtig aber das machen wir zuletzt). Wichtig ist. Keine Kühlung in diesem Fall(Gefahr einer Hypothermie). ZVK anlegen. Was würden Sie bei diesem Patient befürchten, zu verlieren ? (Flüssigkeiten, Eiweiß, Temperatur). Zurück zum Thema Intubation, was machen Sie um zu wissen, ob der Patient eine Intubation braucht ? Laryngobronchoskopie. Ok und davor ? Hinweise auf eine Atemwege Schädigung ? (Schleimhaut vom Mund und die Haare in der Naseangucken)

Zuletzt, es gibt noch eine Gefahr dass der Patient eine Substanz inhaliert hat. Was könnte es sein ?

CO Karbonmonoxid. Was ist schlimm daran ? Der bindet zu Hb stärker als Sauerstoff. Das wars.

Hallo zusammen,

ich hab die kenntnisprüfung in Land Brandenburg letzte Monat erfolgreich gelegt. Alhamdullilah

Ich wollte euch Mitteilen, wie bei mir gegangen ist.

Ich habe 7 Tagen vor der Prüfung einen Termin gekriegt

Meine Prüfern war
PD Dr. med. Wagner- Thorax und Gefäßchirurg (Vorsitzende)
Prof. Dr. med. Völler -Kardiologie
Dr. med. Klingbeil - Allgemein Medizin

1. Tag- Anamnese + KU ganz (ohne neuro)Standard und alles von Amboss YouTube

Vor der Prüfung hat er mir und die Kollegen über den Ablauf gesagt. Und sagte sei Rühig und entspannt er hat auch uns Tipps für die mündliche Prüfung gegeben plus ein Paar Thema.

2. Tag- Pat. Vorstellung - Akute arterielle Verschluss linke Bein mit intraoperative kompartment Syndrom.
Alles über Kompartment Syndrom
Alles über pAVK/AVK
Sigmadivertikulitis- Therapie
Photo- klavilularfraktur- und dann Behandlung
Definition Polytrauma und wie Mann generell es behandelt
Das war nur bei Herr Wagner

Dan war Prof. Völler
- alles über VHF
- A.hypertonie Therapie bei junge Pat.
- Pharmakologie bei ß Blocker und warum nicht bei COPD undwelche Test soll Mann vorherdurchführen um zu weißen ob ß blocker gehts oder nicht- LUFU und spasmolyse Test.

Dann war Dr. Klingbeil
- 68j. Mann war beim Urologe wegen Erektion dysfuntion, aber kein Problem beim Urologen wurde festgestellt, jetzt hat er Sehr schmalle dünne Stuhl wie einen Bleistift. Was wollen Sie fragen?
Das war schwierig für mich, ich hab wie Chirurg gefragt bis er zu mir sagte...... das ist weit weit weg von Chirurgie endlich habe ich über Familien Anamnese gefragt und bemerkt das war Psychiosomatische Erkrankung
- Vorsorge in Deutschland ... also ganz im Details
Alter, welch , wie viel mal pro Jahr/2 /10Jahren

Und das wars
Ich habe für 5 min draußen gewartet danach mit herzlichen Glückwunsch begrüßt

Die Prüfer waren extrem nett und die Atmosphäre war entspannt. Das war wirklich eine kollegial Gespräch.

Ich hoffe dass hilft.
Ich hab 50 wichtige Fragen - innere, Chirurgie, allgemein Medizin gelesen und Amboss Video

Kenntnisprüfung in Potsdam bestanden.
Gestern hatte ich eine Patientin mit Mb Crohn.
Die Prüfern waren Prof.dr Reinehr (Gastroenterologie), Doz. Dr Wagner (thorakal Chirurg) und dr. Schrambke (Allgemeinarzt).
Heute habe ich am Anfang den Fall von Gestern vorgestellt. Dann hatte ich die Fragen: Mb Crohn (ddg), Th, Empfehlung über weitere Dg. Weiter wurde ein 70jähriger Patient mit Herzrasen und Dyspnoe vorgestellt (Verdachtsdiagnose, Th bei Tachykardie , Ablationsverfahren, oAK....), AVNRT und Th. Pankreatitis....
Chirurg- LAE, was kann man chirurgisch machen. Warum nicht mehr Vena cava Filter? Wann Lyse, Komplikationen->Rechtsherzversagen (Mechanismus und Th- chirurgisch). Luxation im Ellenbogen, was von Verletzungen. Polytrauma- was da rupturiert und wo ist Locus minoris resist. von Aorta? Postsplenektomie Sy und was dann muss von Th erfolgen (Impfung Pneumokok und Hemophylus), sollte immer totale Splenektomie oder partielle erfolgen, wann und warum? .....
Was macht Ärztekammer (Aufgaben), Impfungen. Warum nicht Impfung gegen Scarlatina, was dann von Th sollte gegeben werden und klinisches Bild. Bei älteren Patienten was von Th in generell, was zu vermeiden, was bedeutet Crea und was GFR, wo sintetisiert sich Crea, warum ist wichtig. Antibiotika , Gruppe und Nebenwirkungen, nephrotoxische AB? Wann Metformin, wann nicht, wann zu vermeiden und viele anderen Fragen, kann ich nicht mehr merken..



... اليوم 20.12.2016 الحمد لله وبعد جهد جهيد قدمت الكينتنس بروفونج بولاية بريمن (يمكن بلشوا فيني) والحمد لله نجحت
اللجنة ما بعرف اسماءهم كلهم بعتولي بس اسم شيف الداخلية اللي بدي اعمل عندو البراكتيش كان Dr.Ockenga Chefarzt Med Klinik II in Bremen Klinikum Mitte
جد رائع وحباب وساهم بتخفيض نسبة الادرينالين تبعي قبل النظري بس مو كتير ..
التانيين واحد شكلو جراحة عامة والتاني ما عرفت اش دينو يسأل مشكل ملون
....

العملي:

60 Jahre alt Patient kommt zum Krankenhaus mit Übelkeit, diffuser Bauchschmerzen und fraglichem Fieber mit Ikterus (ich war verloren bis Ikterus erwähnt wurde) ...
Zudem könne er kein Wasserlassen .
Vor 2 Wochen KnieTEP bei Gonarthrose

Vorerkrankungen:
Art.Hypertonie
Amaurosis links seit 7 Jahren
Z.n. Appendektmie
Z.n. Prostata-Ca vor 12 Jahren mit OP

Labor: erhöhte Cholestase mit CRP
D:
V.a. akute Cholangitis
V.a. akute Harnverhalt

Meine Empfehlung:
Sono
Notfallmäßige ERCP
Physiotherapie bezüglich des Knies
Urologusche Vorstellung
Antibiotika Cefotaxim mit Clont
Nahrungskarenz
Jono 1500
Im Verlauf Kostaufbau
Clexane 0.4 ml
Cholezystektomie im Interval

......

النظري:

1- Unterbauchschmerzen rechts seit Gestern bei 60 jährigem Mann, keine Vorerkrankungen oder Medi, kein Durchfall oder Erbrechen, Kein Fieber!
Was machen Sie?
- körperliche Untersuchung DS? ABS?Hernie?
- Darmperistaltik abhören
- Labor, Welche? BB, CRP, Krea, HST, E'lyte
- Sono, was hilft Ihnen? Nierenstau, Konkremente, Kokarde bei Appendizitis, Harnverhalt
- Rö-Abdomen zwicks Suche nach Illeus

Dann er hat gesat, körperlich es gibt DS Unterbauch re. mit Abwehrspannung, was machen Sie?
Dann es besteht der Verdacht auf entzüdlichen Prozess wie Appendizitis, ich würde CT Abdomen anmelden.

Er hat gesagt, jetzt beginnt peritoneale Reizung mit Abwehrspannung, was machen Sie?
Nahrungskarenz, Vorbereitung für Notfallmäßige Op,
-Welche?
Appendektomie
- Intraoperativ,Appendix intakt !
Dann es konnte Morbus Crohn sein
- rechtig, Ileum war befallen bei ihm. Trotzdem entfernen wir die Appendix?
Es ist umstritten, aber ja (هيك انا بتزكر درسناها)
- aber bei Crohn auch?
Na ja, bei Crohn muss wie sparsam wie möglich wie viel wie nötig reseziert werden, dann

nein
- rechtig
- 20 jähriger Mann mit akut einsetzender retrothorakaler Schmerzen mit Husten und Dyspone,
Ich habe gefragt über Athma, Beinschwellung oder Schnerzen, Reise... alles wurde verneint.
dann wurde ich bei diesem Alter auf spontan Pneumothorax denken.
- was machen Sie?
Rö Thorax in Expiration 
- Okey, es ist bestätigt, was als nächstes.
Gut, bei Mantelpneumothorax dann symptomische therapie mit O2, Analgesie und Kontrolle
Bei Ausprägung der Befunde oder bei Spannung dann notfallmäßige Punktion 2 ICR dann Drainage Anlage
- Er hat gezeigt ein Rö für den Patienten nach Abzug der Drainage, hier war die Lunge noch nicht entfaltet
-kann er entlassen werden?
Neinn (منيح ما سألني اش منعمل لكان)
Vizeralchirurg:
- Arteriosklerose Risikofaktoren?
Art. Hypertonie
DM
Adipositas
Rauchen
Selten Vaskulitis
- was noch? Lipide?
Doch, hyperlipidämie
- welche kennen Sie?
Hyper TG, LDL, VLDL, Cholesterin
Hypo HDL
- Bei Junge mit Hyperlipidämie, was konnte die Ursache sein?
بدو مرض وراثي قلتللو في شي وراثي بس ما بعرف الاسم ها السؤال اللي فرشت عليه قللي مو مشكلة هو السؤال تخصصي
60 jähriger, Vorgeschichte bland, mit Synkope:
- DD?
Ich habe gefragt nach Medi
- Welche Medi kann Sykope verursachen
v.a. Diuritika
- was machen Sie?
Elektrolytenstörung
-welche?
Eigentlich alle Elektrolytenstörung in diesem Alter können Sykope auslösen v.a. Hyperkalämie
-was macht das?
Ventrikülare Tachykardien (er wollte aber AV Block, den habe ich auch erwähnt)
-Welche andere DD?
Es gibt eigentlich thausende von DD habe ich gesagt:
Kardiogenisch : Herzvitien, welche? Aortenklappenstenoe, Kardialtaomponade(er hat gesagt die macht Synkope nicht (*_*)
-was gibt es noch in der Lunge?
LAE
-gut,
ich habe nicht weiter erzählt
-dann wieder wie deefiniert man eine Synkope
Bewussseinlosigkeit für Maximum Minuten, dann wird Man wieder wach
-rechtig
Dann er hat gefragt über meinen Fall in dem praktischen Teil
Er nimmt Clopidogrol aber in der Vordiagnosen gibt es keine Abklärung?
Ich habe gesagt, ich habe mich auch die Frage gestellt, es gab aber TIA in der Vordiagnosen, es konnte die Ursache sein
Er hat gefragt was ist Clopidogril ?

Thrombozytenaggregationshemmer
- gut

- Gastrenterologe:
Sie sind soweit gut, jetzt wurde ich was schwieriger fargen
Eine 30 jährige Patiemtin mit Müdigkeit und Sehstörung (nur gerade kann sie sehen, beidseits ist blind) seit 4 Wochen, Vorgeschichte bland. Keine begleitende Beschwerden, Sklera blass.

Ich habe nach Labor gefragt:
Hb 10, TSH niedrig

Ich habe gefragt nach T4, T3
Nicht gemessen, aber warum fragen Sie?
Gut, wenn die hoch sind dann Hyperthereose, wenn niedrig dann Hypophysenvorderlappeninsuffizienz und ich vermute ein Adenom in der Hypophyse der druckt gegen die Opticusnerve Kreuzung (ما تذكرت اسما بس وصللتلو الفكر) und somit erklärt sich die Sehstörung.
- Gut aber was erklärt die Müdigkeit?
Mangel an ACTH und konsekutiver Hypokortisolismus
- Wie kann man dies bestätigen?
Messung von ACTH basal
Messung von Kortisol in 24-Urin
Messung von Kortisol um 8:00 oder 22:00 (wegen zirkadianer Freisetzung)
- Sehr gut

Dann wir sind durch
Es gibt noch zwei Minuten
Dann können wir noch eine frage stellen (*_*)
Ein 40 jähriger mit gGT von 300 und GOT von 60, BMI 32
DD?
Ich habe gefragt über Billi GPT ALP, im Norm Bereich
- Fettleber bei Adipositas
- Alkohol
- Medikamente
- Hepatitis (aber mit so niedrigem GOT, aber in chronischem Verlauf möglich)
- bei Verdacht auf Hepatitis welche Labor machen Sie?
Hepatitis Serologie A B C
- es ist spizifische Frage aber welche Antikörper zu bestellenn ? (*_*)(الله يرحم أيام الكلية حفينا ونحن نحفظ فيهن)
Ich habe gesagt:
B: HbsAg, Anti HBC, Hbe Ag
-Braucht man Hbe wenn HbsAg negativ? Nein
- für Hepatitis C?
Anti HCV
--rechtig

Dann nach zwei Minuten
Haben sie mich gratuliert
Viel Erfolg ...

اليوم 20.12.2016 الحمد لله وبعد جهد جهيد قدمت الكينتنس بروفونج بولاية بريمن (يمكن بلشوا فيني ^_^) والحمد لله نجحت ...
اللجنة ما بعرف اسماءهم كلهم بعتولي بس اسم شيف الداخلية اللي بدي اعمل عندو البراكتيش كان Dr.Ockenga Chefarzt Med Klinik II in Bremen Klinikum Mitte
.. ^_^ جد رائع وحباب وساهم بتخفيض نسبة الادرينالين تبعي قبل النظري بس مو كتير
التانيين واحد شكلو جراحة عامة والتاني ما عرفت اش دينو يسأل مشكل ملون
....
العملي:
60 Jahre alt Patient kommt zum Krankenhaus mit Übelkeit, diffuser Bauchschmerzen und fraglichem Fieber mit Ikterus (ich war verloren bis Ikterus erwähnt wurde ^_^) ...
Zudem könne er kein Wasserlassen .
Vor 2 Wochen KnieTEP bei Gonarthrose

Vorerkrankungen:
Art.Hypertonie
Amaurosis links seit 7 Jahren
Z.n. Appendektmie
Z.n. Prostata-Ca vor 12 Jahren mit OP

Labor: erhöhte Cholestase mit CRP
D:
V.a. akute Cholangitis
V.a. akute Harnverhalt

Meine Empfehlung:
Sono
Notfallmäßige ERCP
Physiotherapie bezüglich des Knies
Urologusche Vorstellung
Antibiotika Cefotaxim mit Clont
Nahrungskarenz
Jono 1500
Im Verlauf Kostaufbau
Clexane 0.4 ml
Cholezystektomie im Interval

......
النظري:
1- Unterbauchschmerzen rechts seit Gestern bei 60 jährigem Mann, keine Vorerkrankungen oder Medi, kein Durchfall oder Erbrechen, Kein Fieber!
Was machen Sie?
- körperliche Untersuchung DS? ABS?Hernie?
- Darmperistaltik abhören
- Labor, Welche? BB, CRP, Krea, HST, E'lyte
- Sono, was hilft Ihnen? Nierenstau, Konkremente, Kokarde bei Appendizitis, Harnverhalt
- Rö-Abdomen zwicks Suche nach Illeus

Dann er hat gesat, körperlich es gibt DS Unterbauch re. mit Abwehrspannung, was machen Sie? Dann es besteht der Verdacht auf entzüdlichen Prozess wie Appendizitis, ich würde CT Abdomen anmelden.

Er hat gesagt, jetzt beginnt peritoneale Reizung mit Abwehrspannung, was machen Sie?
Nahrungskarenz, Vorbereitung für Notfallmäßige Op,
-Welche?
Appendektomie
- Intraoperativ,Appendix intakt !
Dann es konnte Morbus Crohn sein
- rechtig, Ileum war befallen bei ihm. Trotzdem entfernen wir die Appendix?
Es ist umstritten, aber ja (هيك انا بتزكر درسناها)
- aber bei Crohn auch?
Na ja, bei Crohn muss wie sparsam wie möglich wie viel wie nötig reseziert werden, dann nein ^_^
- rechtig

- 20 jähriger Mann mit akut einsetzender retrothorakaler Schmerzen mit Husten und Dyspone,
Ich habe gefragt über Athma, Beinschwellung oder Schnerzen, Reise... alles wurde verneint.
dann wurde ich bei diesem Alter auf spontan Pneumothorax denken.
- was machen Sie?
Rö Thorax in Expiration ^_^
- Okey, es ist bestätigt, was als nächstes.
Gut, bei Mantelpneumothorax dann symptomische therapie mit O2, Analgesie und Kontrolle
Bei Ausprägung der Befunde oder bei Spannung dann notfallmäßige Punktion 2 ICR dann Drainage Anlage
- Er hat gezeigt ein Rö für den Patienten nach Abzug der Drainage, hier war die Lunge noch nicht entfaltet
-kann er entlassen werden?
Nein (منيح ما سألني اش منعمل لكان)

Vizeralchirurg:
- Arteriosklerose Risikofaktoren?
Art. Hypertonie
DM
Adipositas
Rauchen
Selten Vaskulitis ^_^
- was noch? Lipide?
Doch, hyperlipidämie
- welche kennen Sie?
Hyper TG, LDL, VLDL, Cholesterin
Hypo HDL
- Bei Junge mit Hyperlipidämie, was konnte die Ursache sein?
بدو مرض وراثي قلتللو في شي وراثي بس ما بعرف الاسم ها السؤال اللي فرشت عليه ^_^ قللي مو مشكلة هو السؤال تخصصي

60 jähriger, Vorgeschichte bland, mit Synkope:
- DD?
Ich habe gefragt nach Medi
- Welche Medi kann Sykope verursachen
v.a. Diuritika
- was machen Sie?
Elektrolytenstörung
-welche?



Eigentlich alle Elektrolytenstörung in diesem Alter können Sykope auslösen v.a. Hyperkalämie
-was macht das?
Ventrikülare Tachykardien (er wollte aber AV Block, den habe ich auch erwähnt)

-Welche andere DD?
Es gibt eigentlich thausende von DD habe ich gesagt:
Kardiogenisch : Herzvitien, welche? Aortenklappenstenoe, Kardialtaomponade(er hat gesagt die macht Synkope nicht (*_*)
-was gibt es noch in der Lunge?
LAE
-gut,
ich habe nicht weiter erzählt

-dann wieder wie deefiniert man eine Synkope
Bewussseinlosigkeit für Maximum Minuten, dann wird Man wieder wach
-rechtig
Dann er hat gefragt über meinen Fall in dem praktischen Teil
Er nimmt Clopidogrol aber in der Vordiagnosen gibt es keine Abklärung?
Ich habe gesagt, ich habe mich auch die Frage gestellt, es gab aber TIA in der Vordiagnosen, es konnte die Ursache sein
Er hat gefragt was ist Clopidogril ?
Thrombozytenaggregationshemmer
- gut

- Gastrenterologe:
Sie sind soweit gut, jetzt wurde ich was schwieriger fargen
Eine 30 jährige Patiemtin mit Müdigkeit und Sehstörung (nur gerade kann sie sehen, beidseits ist blind) seit 4 Wochen, Vorgeschichte bland. Keine begleitende Beschwerden, Sklera blass.

Ich habe nach Labor gefragt:
Hb 10, TSH niedrig

Ich habe gefragt nach T4, T3
Nicht gemessen, aber warum fragen Sie?
Gut, wenn die hoch sind dann Hyperthereose, wenn niedrig dann Hypophysenvorderlappeninsuffizienz und ich vermute ein Adenom in der Hypophyse der druckt gegen die Opticusnerve Kreuzung (ما تذكرت اسما بس وصللتلو الفكر) und somit erklärt sich die Sehstörung.
- Gut aber was erklärt die Müdigkeit?
Mangel an ACTH und konsekutiver Hypokortisolismus
- Wie kann man dies bestätigen?
Messung von ACTH basal
Messung von Kortisol in 24-Urin
Messung von Kortisol um 8:00 oder 22:00 (wegen zirkadianer Freisetzung)
- Sehr gut

Dann wir sind durch
Es gibt noch zwei Minuten
Dann können wir noch eine frage stellen (*_*)
Ein 40 jähriger mit gGT von 300 und GOT von 60, BMI 32
DD?

Ich habe gefragt über Billi GPT ALP, im Norm Bereich
- Fettleber bei Adipositas
- Alkohol
- Medikamente
- Hepatitis (aber mit so niedrigem GOT, aber in chronischem Verlauf möglich)
- bei Verdacht auf Hepatitis welche Labor machen Sie?

Hepatitis Serologie A B C
- es ist spizifische Frage aber welche Antikörper zu bestellen ? (*_*)(الله يرحم أيام الكلية حفينا ونحن نحفظ فيهن)

Ich habe gesagt:
B: HbsAg, Anti HBC, Hbe Ag
-Braucht man Hbe wenn HbsAg negativ? Nein
- für Hepatitis C?

Anti HCV
-rechtig

Dann nach zwei Minuten
Haben sie mich gratuliert
Viel Erfolg ...

Hallo geehrte Kollegen, am 29.09.15 in Bremen hab ich die Kenntnissprüfung erfolgreich bestanden.
Praktisches Teil : 72 jähriger Patienten mit Fieber und druckschmerz unterbauch rechts. Anamnese: Z.n NierenTumorEntfernung links, MTS in Lunge - Segmentektomie, Herzinfarkt, dann in ein paar Jahr Ca re Lunge- Chemotherapie. TVT re Oberschenkel, Niereninsuffizient stad. 4, Während Untersuchung keine Beschwerden. Adipositas, blasse Haut, leicht ikterus. Leber tastbar vergrößert. Metheorismus, Ödeme. Nephrotisches Syndrom und toxische Hepatitis. Also hauptdiagnose: Choledocholitiasis. Zusätzlich sollte ich Lungenuntersuchung zeigen, Sensibilität und Muskelkraft bei Pat. überprüfen. Danach sollte ich einen Bericht schreiben.
Theoretisches Teil: Bypass OPs, femoropopliteal, was P1, P2, P3 bedeutet, wo P1 begrenzt. Welche Material, allotransplantant, Vorteil und Nachteil von jeden. Wo und warum stenosiert künstliche Bypass, welche Medikamente dagegen (ASS einfach).
Retrograd.papillotomie, wie und wo .. Nachteil, Risiko nach OP .
Thoraxschmerzen - DD Herzinfarkt und TELA , alles darüber..
Lokale Anästhesie, Arten, farmakokinetikum dieser Präparaten, Komplikationen (sogar bis bewusstlosigkeit !)
Herzrythmusstörungen, Klassifikation, AVBlock. Kardioversion. Wie genau soll man das durchführen.
Also, ehrlich gesagt, für mich war das etwas kompliziert, ich konnte ca 10 -15 % nicht antworten, aber danach haben die Prüfern mir gesagt, muss man nicht alles wissen



Gleichwertigkeitsprüfung in Hamburg ist folgendes passiert;
Innere Medizin,
1. Thorakal Schmerz in diff. Diagnose, der Prüfer hat ein EKG mit voderer MI dabei, wollte die beuerteilung, dann ein Rö Bild mit pleurerguss und Pneunomie
2. Schwarz Stuhlgang in diff. Diagnose, dann ist er bei den ös. Varizen so lang geblieben.
3. Dialyse (prinzip , indikation und formen)

Allg. Chiruge;
1. Kolon karzinom wie geht mann vor (resektion) ? Und im vergleich zum rektal karzinom (strahlen sensitiv) , komplikation nach der ope, und die prognose.
2. Gall Steine, komplikation, Ikterus in diff. Diagnose, und weiter über Pankreaskopf karzinom.
3. Schenkel hals fraktur.

Pathologie,
1. Miosis in diff. Diagnose, wollte über Intrakrial bltg reden, dann formen, häufigste ursache für Sub- arachinoid bltg.
2. Schilddrüse karzinom mikro. Und Prognose.
3. Gluten enteropathie was sieht man mikroskopisch? (zilliac atrophie, verlängete krypten , lymphoz.)
4. TNM, pTNM , yTNM, R (residual)
5. Diagnose des Todes, und am ende hat er mich nach Todschein in dtl. Gefragt , wie füllt man das aus?!!



Kenntnisseprüfung, Hamburg 31/5/2017

Mein Klinische Fall war ein 54-jähriger Patient mit Akute Pankreatitis auf dem Boden einer Chronische Pankreatitis. Der Patient war sehr nett und die Anamnese war nicht kompliziert. Die Klinische Untersuchung gab keine Pathologische Befunde wegen der Besserung im AZ nach einer Woche Behandlung. 30 Min Anamnese und 20 Min KU.

60 Min Berichtschreiben, da habe ich keine Bogen für den Bericht gekriegt, habe ich selbe 4 Seiten geschrieben: Anamnese, Klinische Untersuchung, Behandlungsplan und Kleine Epikrise. Die Akte war sehr groß, da konnte ich nicht alles lesen und wieder schreiben, So habe ich mich entschieden besser lesen und wissen als schreiben! Also meine Epikrise war sehr kurz.

Meine Kommission enthalt 3 Ärzten

Herr PD. Dr. Grönfeld (Kardiologie und Allgemein)

Herr Dr. Mechaelis (statt Dr. Rosien) (Gastroenterologie)

Frau Dr. Emmermann (Viszerale Chirurgie)

Die Prüfung fangt bei Der Patienten-vorstellung an, Fragen nach dem Verlauf im Krankenhaus, Fragen über die Typen der Pankreatitis (Nekrotisch und Ödematös), Ursachen der Pankreatitis, Behandlungsplan, Diagnostische sowie Therapeutische Maßnahmen. (Michaelis)

Die zweite Frage war eine Synkope, Definition, DD. Am wichtigsten das Unterschied zwischen Synkope und Krampanfall, was fragen Sie der Patient? (Ob er während der Synkope weiter was gehört oder gefühlt?) Was fragen Sie die Angehörige die dabei waren? (ob eine Hypotonus- oder Krampfartige Patient bei Bewusstlos-Zeit), Welche Typ von Krampfanfälle kann zu solcher Situation führen? Was machen wir im KH von Untersuchungen? (nach Anamnese und KU) EKG, Was erwarten wir dabei? Blockierung, Nachweis MI, Lungenembolie, HRT. Der Prüfer hat mir mehrere Typen EKG beschreiben mit der Frage nach Diagnose! Was bestimmen Sie im Labor? (Routine mit Elektrolyte, Kardiale Enzyme, D-Dimer) Was zeigt eine große Erhöhung von D-Dimer z.B. auf 40? (Ich habe LE, Thrombose, TVT und post OP genannt, aber der Prüfer wollte Aneurysmedissektion!!!). Bei Hb von 7g/dl, was vermuten Sie? Habe ich nach RR und Pulse gefragt und war stabil, so Chronisch. Bei Schock werte was machen Sie? Weißen Sie was die Debridemente Erythrozyten bei einem Ausstrich zeigen? TTP, der Prüfer wollte HUS, dann habe ich erklärt dass bei beide kann man solche Befunde haben. Was Typen von Billirubinemie gibt es? Direkt (prä, post und Hepatik) Indirekt wie in Hämolyse. Wie dieagnosieren Sie eine Hämtolyse? LDH, Anämie … Coombs direkt und Indirekt! Antikörper von andere Erkrankungen z.B. SLE…   (Grönefeld)

Die dritte Frage war über einen Patienten mit einer Pankreatitis als Folge einer Cholylithiasis, sowie mit Ikterus. Was ist das erste Schritt? (Labor), bei erhöhte Bill und Leberwerte und YGT was ist das zweite Schritt? Sonographie, Warum? (Beurteilung der Gallengänge), bei Erweiterung der Gallengänge was ist das nächste Schritt? ERCP (Diagnostisch und Therapeutisch). Wollen Sie noch was machen? Ja, Cholezystektomie. Was sind die Methoden für diese OP? Nachteile und Vorteile? (Emmermann)

Die Vierte Frage war ein 70-jähriger Patient mit seit 2 Monaten progredienter Müdigkeit und einem 10 kg Gewichtverlust in 2 Monaten. Woran liegen die Beschwerden? (Maligne) Was machen Sie? (Anamnese, KU, große Labor) Bei erhöhte Leberwerte und YGT was denken Sie? (Primare Hepatische Karzinom oder Metastasen) was machen Sie? (Abdo-Sono) bei Hinweis eine Metastase was machen Sie weiter? (suchen nach Primär Tumor: Endoskopien, CT, … Biopsy der Metastasen) (Michaelis).

Nach der Biopsy liegt einen erniedrigten Blutdruck sowie Tachykardie vor, Hb-Abfall 9=>6, Sonographie zeigt keinen Befund? (DD. verdickte Blutung, enkapsuliert, hinter Leber Blutung, Blutung in den Galengänge…) Wie heißt das letzten? Hämobilliar. Die Chirurgin hatte vor dem Tag der Prüfung solchen Fall und es gab Blutung in der Abdomenwand!! Ich habe gesagt wow Interessant, so war sie zufrieden!

Dann Hat sie mir über einen Fall: 68-jährige Patientin mit Unfall auf den Armen. Was denke ich und was mache ich? Colles- Bruch der Radii ! Rö- zwei Ebenen , Konservative Behandlung wenn kein Op-Indikation gibt. Was sind die Indikationen dann? Welche OP? (Emmermann)

Frage: wie bezeichnet sich Rechtsherzinsuffisienz? Ödeme, Stauung der ZV, Stauung Hepatitis=> Zirrhose kardiale. Woran liegt es? Lungen Erkrankungen LE, COPD, erhöhte pulmonale Druck. Was ist das? Erhöhte PCWP. Ok bei pre Vaskuläre erhöhte pulmonale Druck, was wurde die Ursache sein? Das habe ich nicht mitbekommen, habe ich dann um Umformulierung gebietet. Was ist die wichtigste Ursache einer Rechtsherzinsuffizuenz? Linksherzinsuffizienz. Diagnose? (Grönefeld)

Erklären Sie eine Aszitespunktion von Anfang an? (Aufklärung, sicherstellen, dass keine Gerinnungsstörung vorliegt, Unterbauch, besonders Nadel, mit Sono…..) wie viel lassen Sie aus? Ich habe viel erklärt bei jedem Fall und mit Albumin-Substitution bei Auslass über 5Liter.... was sind die Komplikationen einer Punktion? Wie behandeln wir jede? Warum in Ihrer Meinung dürfen wir nicht viel Aszites auslassen? Hypotension und Albuminverlußt. Was ist die Schwierigste Aszitespunktion? Enkapsulierte als Folge einer Adhäsion und Bride. Bei Quick 40% bevor Punktion? Je nach dem Fall, bei Notfall punktieren wir sowieso, bei verschiebbar Fall: Gabe von Vit K! (Mechaelis)

Inzwischen wurde über ERCP-Komplikationen, QT Verlangerungs-syndrome, Anticoagulanten, Typ von Anämien (wollte Verlust, Hämolytisch und mit Chronische Erkrankung) und Nebennieren-Tumoren (welche Typen und welche häufige Metastasen) gefragt.

Es gab viel Besprechung über diese Themen, aber alles war logisch.

Die Kommission war sehr nett und Hilfreich.



Stadt: Marburg Bundesland: Hessen Datum: 27.06.2017

Innere Medizin / Chirurgie / Allgemeinmedizin

Prüfungskommission:

Zu jedem Fach gab es ein spezialisierter Arzt

Ablauf

- Teil 1: 20 Minuten Schauspielpatient gezielte Anamnese Untersuchung Gespräch ggf. Labor
- Teil 2: 30 Minuten Brief schreiben, man kann mehr zeit haben
- Teil 3: 60 Minuten 3 Prüfer mündlich

Praktischer Teil bzw. Fall

Alle 4 Fälle waren Allgemeinarzt-Praxis, 4 Gruppen 12 Prüflinge

- Retrosternal Schmerz
- Rückenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Mein Patient hatte akute leisten-Schmerz.
    - Patient gab HW wenn ich richtige oder falsche Richtung war!
    - Patient hat nach Spazieren akute Schmerzen gespürt vom leiste bis knie
    - Keine Trauma/Schwellung
    - Neurologisch ok, lasegue neg bei med Rotation, Hüfte tut etwas Weh
    - Labor sagte ich sono Ro ggf waren keine. Ich sagte: ich sehe keine Zeichen für Leistenbruch oder BS Vorfall oder Hüftentrauma am ehesten ist nur Muskelriss
    - Andere Prüflinge haben Leistenbruch diagnostiziert

Mündlicher Teil

Mündlich ganz freundlich und bequem. Sie hatten mein Lebenslauf und haben kurz nach beruflicher Erfahrung und Vorstellung gefragt.

Prüfer haben mich zuerst gelobt für Teil1. Wichtig war nicht richtige Diagnose sondern richtiges Vorgehen. Damit war mein mündlich teil erleichtert :) jede Prüfer hat 20 Minuten geprüft.

Innere Medizin

- Innere hat mit Hygiene-Standards angefangen (lobte mich, weil ich meine Hände 3 mal desinfiziert habe und ich habe erklärt, warum!)
- 2 Rö ap lat thorax 50 Jahre Frau, obese mit Husten Fieber. War klar Pneumonie also wichtig systematische Rö - Befunden.
    - Frage: was will ich untersuchen?
    - Antwort: ich habe alle 100 Sachen erwähnt, was man in first look sieht ohne Lungen Auskultation. Prüfer was sehr glücklich hat jedes mal gelobt ggf. gibt er auch Hinweise, damit der Stress weg ist.

- Diagnose Pneumonie, welche AB (augmentan/klacid und warum? Und welche Patienten). Dann zeigte er Labor crp hoch weiter ddimer positiv dd LE → Ich sagte ich brauche weiter Info Risiko hoch dann ct und vor ct welche Untersuchung gibt HW echo EKG (RV dys). Dann weiter labor TSH 150 trak _ TAK MAK + hasimoto sono befund und Therapie wie viel Lthyroxin?

- Dann der gleiche Fall in 2 Tagen schlecht dd reistant keime oder psudomonas antibiotika (mero)

Allgemeinmedizin

- Zeigte 2 Bilder plus Pharma etc.
    - 1. Bild, Herpes zooster opthalmic region Diagnose 2 Komplikation, was will ich angucken? (Augenarzt muss) Therapie Nebenwirkung Acyclovir sowie Neuroleptika und WHO Schmerztherapie Stufen und Opoid Pharkokinetic/ Kurve (war ich jetzt gestresst aber gibt HW lobt)
    - 2. Bild Toilette mit alter Frau, tot gefunden. Klinisch arm rigid, was will ich tun? Ich sagte, dass ist sicher Zeichen Tod. Ich soll Leichenschein ausfüllen. Ursache unsicher und Tod-Zeichen sicher. Er fragte: was noch? Polizei anrufen nicht aufräumen. Er sagte: Polizei?! Oh Dr. sie war terminal krank bitte natürlicher Tod ankreuzen. Nein auf keinen Fall ich kenne sie nicht.

Chirurgie

Er wusste, ich habe keine Chirurgie Erfahrung oder Interesse :) so kamen keine so tiefe Fragen.

Er sagte jetzt ist der schwierigste Teil :)) Ich sagte dann erst will ich Wasser trinken :) Bitte je nach der Stimmung (bei mir war wie gesagt von Anfang freundliche Stimmung und ich habe mehr gequatscht und langsam geredet und klare Sätze also systematisch immer damit er weniger Zeit für Fragen hat ;)

- Am Anfang: welche chirurgische Patienten sehen wir häufig? (also in Pädiatrie) Akute abdomen hoden torsion app invagination.
- Fragte Appendicitis alles und Diganosis dann ct und mrt. Nachteile sagte10 Patienten sterben Weltweit in MRT warum? (Nicht Anesthesie nicht kontrast Allergie sondern Metall in Körper oder Zimmer!!!)
- Alle Vorteile Laproskopie (wollte vor allem Narben hernie wissen) wie viel % (30% sagte selber), erkrarte dass ist größte Thema. Warum soll man Laproskopie durchführen? Fragte Basics, was Narbe? Wie Bilder? Und warum Narbenbruch?
- Was ist neo adjuvant chemo? Ob es noch was neoadjuvant (radio) gibt?
- Welche tumor soll neoadjuvant chemo (ich hatte vorher bewusst Wilms gesag. Alle Prüfer haben sich tot gelacht, weil ich unbedingt Pädiatrie möchte ;) Er sagte ja richtig aber was ist noch wichtig? Ich sagte Rektum und Osophagus ca)

Also insgesamt war draußen viel Stress Leute mit 100 Büchern und nach dem ersten Teil miteinander geredet und waren unsicher ob wir es richtig gemacht haben!!

Mein Vorschlag: wenn möglich keine Bücher am Prüfungstag. Draußen in den Pausen frische Luft, Wasser und stressfrei sein. Die Prüfer versuchen selbst, dass Sie bestehen und sehr wichtig unbedingt systematisches Vorgehen in jedem Teil.

Gleichwertigkeitsprüfung am 27.01.2017 in Marburg(Hessen) bestanden. Fasse hier meine Fragen kurz zusammen. Wer auch gleiche Prüfer haben wird,kann mir gerne schreiben.
Prüfer: Prof.Kaltwasser(Innere), Dr.Meyer(Chirurge), Dr. Oberwittler(Neurologe).
Patient junge Frau mit Rückenschmerzen: diffdiagnose: Spodylodyszitis,Morbus Behterew,Metastasen) Diagnostik:MRT. Fragen: Patient mit akut aufgetretene Kopfschmerzen, was machen Sie? CT. In CT nichts, weiter Liquorpunktion zur Blut im Liquor bei SAB auszuschliessen. So wurde Subarachnoidale Blutung festgestellt. Herpes zoster Neuralgie,Therape,Liquordiagnostik: Unterschied virale,Bakterielle Meningitis.
Innere Medizin: Pat.mit Müdigkeit,Abgeschlagenheit. Labor in Ordnung. Man muss Hypotireose ausschliessen. Dann Hypotireose,Labordiagnodtik,Diffdiagnose,Therapie,Hashimoto. Behterew Spondyloartrhopatien, akute,chronische Leukemien. Grippeimpfungen. Wen und warum. Komplikationen bei Grippe: pneumonie bei Erwachsene, otitis bei Kinder.
Chirurgie: Pancreatitis,Cholecystitis(Sono Abdomen mit Gallenstein dazu) was macht man zur Diagnostik:Sono Abdomen,Endo Sono ERCP, dann chirurgisch vorstellen. Therapie. Pneumothorax,Spontanpneumothorax,Komplikationen,Akutes Abdomen. Römer Bild Ileus, diffdiagnostik,Ursache Ileus. Bronchialkarzinom TNM Stading,Diagnostik,weiteres Vorgehen.



Endlich approbiert 02.2015
Gleichwertigkeitsprüfung in Landsärztekammer-Hessen

Chirurgie /Innere Medizin /Neurologie

1-Wahlfach: Neurologie
FALL1: 75 jähriger mit Abgeschlagenheit, fühlt sich allgemein seit einer Woche schlapp und benommen, Vorerkrankungen: arterielle Hypertonie. Klinisch finden Sie eine Hemiparese links!
Prof: Diagnose?
Ich: nach der Anamnese! Schlagartig? Schleichend? Seit wann?
Prof: über 4 Tage zunehmend
Ich: chronisches subduralhämatom
Was machen Sie denn?

CT kopf
Klinische Überwachung
Therapie: Bohrloch trepanation
Prof: wie groß soll es sein?
Erklären sie detaillierte operationsverfahren?
Ich:
Duraöffnung absaugung von Blut usw..
Warum häufiger bei alten Menschen? (Hirnatrophie)

Zeichen für Verschlechterung? bzw erhöhten Hirndrück?
Ich: stauungspapillen
Kopfschmerzen, schwallartiges Erbrechen, vigilanzminderung oder Bewusstseintrübung
Wie lange dauert es bis zur komplette Rückbildung von Hirnkompression nach der OP?
Ich: keine Ahnung aber nicht sofort auf jeden Fall (richtig ;))

FALL 2
Junge, schlurfen des rechten Fuß beim Gehen!!!
Diagnose?
Ich: Fußheberparese DD:
bandscheibenvorfall
Spinalkanalstenose
Spinale RF

Prof: das ist alles neurogen welches nerv bzw würzel? Kann es auch myogen sein?
Ich: Lumbal L5
Myogen wie myositis oder Myopathie oder Myasthenia gravis ist immer bds und symmetrisch evtl auch generalisiert! Also nicht möglich, kann aber fokale Myositis sein
Wie diagnostizieren sie fokale Myositis?
Ich: Fleckförmige Muskelverfettung in MRT-STIR Sequenzen ohne CK Erhöhung

Wenn Unterschenkel -Trauma mit Schwellung und Fußheberparese und Schmerzen ohne Wunde?
Kompartment Syndrom

Welches nerve da betroffen.?
N.peroneus

Sensibles Versorgungsgebiet?



Motorisch? Auch großzeh heberparese

Welches Muskel?
Extensor halucis longus

Chirurgie:
FALL 1
Def von Kompartment syndrom?
Erhöhte Gewebedruck bei geschlossenen Haut -Weichteilmantel -->Durchblutungsstörung

Wie stellen Sie es fest?
Puls
Wo?
Dorsalis pedis, tibialis posterior

Surface Anatomie?
Lateral von externen.halucis longus-sehne und die hinter med.Malleolus

Arterielle Versorgung von ganze Unterschenkel? A. Tibialis antworten und Post und fibularis

Frühzeitige Erkennung von Kompartment Syndrom?
Sensibilitätsstörung zwischen großzeh und 2tem oder kompartment druckmessung!

Wie viel Kompartmente gibt's im Unterschenkel?
4!!!!!!

Welche Muskelatur heben den Fuß welche senken?
Heber: m.tibialis anterior
Senken: gastrocneumius und soleus

akute Arterienverschluss,
Ursachen? Symptome? Therapie? Wie kann ein VHF sowas hervorrufen?.....

TEA Op erklären!

PAVK, Ursachen Einteilung detailliert.....

Innere :
Unterschied zwischen VHF und Flattern im EKG?
P nicht abgrenzbar und unregelmäßige Abstände zwischen QRS komplexe evtl tachykardie
Aber Flattern: saw tooth
(sägezahn auf gut deutsch!! :))

Gibt's VHF Brady?
Medikamente BB und herzglykoside
Oder Av Blockade

Welche gefährlicher?
Flattern, ventrikläre tachykardie

Ursachen von VHF (8ursachen)

FALL2
Chronisch Nierenversagen
Ursachen? Häufigste 2?
Pathomechanismus für Anämie?
Pathomechanismus für hyperphosphatämie?

Therapie unabhängig von der Grunderkrankung?
Nephrotoxische medikation?
Diätische therapie?

Beschreiben Sie EkG bei Mitrale Stenose? Welche kann VHF verursachen /Mitrale Stenose oder Insuffizienz?



Prüfung in Marburg: Allgemein Medizin, Innere und Chirurgie.
Mein Fall war GERD(junge Frau, raucht, hat brennende retrosternale Schmerzen. Im Blut waren CRP und BSG erhöht).
Mündlicher Teil (1 Stunde)
1.Allgemein:
- Foto mit Unterschenkelödem: DD etc.
- Hitzenschlag und Sonnenstich.
2.Chirurgie
- häufigste Fraktu- Rö-Bild , Typ? Klassifikation. Therapievorschlag.
Ostheosynthese?Konservative Therapie möglich?
- Schluckbeschwerden-Schilddrüse-Ca- latente und manifeste Hypothyreose- Arterien der Schilddrüse.
3. Innere- DD retrosternale Schmerzen. Rö mit einer Huatushernie. Anämien. Blutbild mit Anämie und Panzytopenie- DD(ich habe an Plasmozytom gedacht-->>was Sie über Plasmozytom wiessen?)
Andere Kollegen:
Hauttumoren, Impfugen für 65 -jährigen Mann. Aktive und passive Impfungen. Colon-Ca, Pankreas-Ca, pAVK. MI, VHF, gutartige Lebertumoren(DD), LE



Guten Tag alle zusammen   Ich habe die Kenntnisse Prüfung am 19/5 in Marburg bestanden. الحمد لله

Mündlich :
1) Chirurgie:
*Schaufensterkrankheit : diagnose, fontaine einteilung , therapie stadium 2b. Patient will keine op ,was machen wir ? Gehtraining , was macht gehtraining ? Kollateralabbildung.
* Akutes Abdomen : nennen sie abdominelle ursachen (10 ursachen) , jede ursache eine frage , 2 Röntgen abdomen bilder gezeigt, eine mit Spiegelung , das andere mit freie luft. Was ist die Ursache? Perforation sigma divertikulum. Behandlung? Sigmoidektomie. Was sollen Sie währen der Aufklärung des Patienten erklären?? Die Risiko der Operation und doe notwendegkeit der "kolostomie". Der Patient kommt um 22 Uhr & der Chirurg kommt um 7 Uhr morgens , was machen Sie? Das ist ein Notfall , Patient darf nicht warten!

2) Innere Medizin :
*pneumonie : (patient 70 jahre , hoch fieber , gelbich aufwurf) Errger , diagnose , hat mir ein Röntgen Bild gezeigt (lobar pneumonie) , Therapie.
*Mikrozytären , hypochromen Anämie , was bedeutet? Ursachen? Diagnose? Thalassemia major & minor. Therapie ? Pathologie ? Prognose?
* NSAID : nennen sie namen ? Ulkus Mechanismus??

3) Neurologie:
*BPPV: parhophysiologie, DD?
* Patient Mittelalter, Auge komplett blind für 10 Minuten dann wieder normal , ursache ? ich habe gefragt , hat der Krämpfe, Kopfschmerzen, hypertonie , Diabetes?? Nein.
Meine Antwort TIA. , Ursache in diesem Patient? Carotis stenose. Er hat mir MR Angeographie gezeigt, was ist das?? Zeig mir die Gefäße, wo ist die stenose? Therapie???
Und es gab auch viele andere fragen inzwischen , ihr müsst nicht alle Fragen beantworten, aber mindestens 75%



Ich habe heute in Marburg die GWP bestanden. Ich möchte nur die Fragen mitteilen. Die Prüfern waren sehr nett.

Fragen waren:
Chirurgie: Chr.venöse Insuffizienz, Untersuchungsmethoden der Venen, inguinal hernia, Bein varizen,

Psychosomatisch: Depression, suchtkrankheit, psychoneurosen, Benzodiazepine, psychodynamische und verhalten therapie.

Innere: pyelonephritis, Eisenmangelanämie, urinsediman, hypothyreoiditis, transfusionskomplikationen



Der praktische Teil:ein Pateint mit Hochblutdruck und stressigem Leben.ich muss eine gezielte Anemnese und Untersuchung in 20 Minuten durchfüren.
Dann sollte einen Bericht in 30 Minuten geschrieben werden.
Mündliche Teil. Psychosomatik ,Frau Dr.med.Secil Akinsi:sie hat nach der Behandlung der Angst des Patienten gefragt.einen Fall mit Anorexia nervose ,somatoforme autonome Störungen(was sind sie,nennen Beispiele),somatoforme schmerzsstörung.was sind Antidepressive Medikamente (nur die Name)Der Frage waren oberflächlich keine detaillierte Frage.
Chirurgie,Herr Dr.med.Andreas Schmidt-Matthiesen:Trauma mit Schwellung am Sprunggelenk wie gehen Sie weiter ,kein Fraktur ,Band Verletzung(Behandlung),Pateint mit Schluck Bescwerden (differential diagnostik) ein Paar Frage über die Achalasi(Diagnose,Behandlung).
Innere Medizin,Herr.Prof.Dr.med.Joachim Bargon:Arteriele Hypertonie Behandlung,Pateint mit Brustschmerzen wie gehen Sie weiter .dann hat er eine EKG einer Vorderwandinfarkt gezeigt (Behandlung in der Praxis und in Klinik und die dauer medikamente).Ein Pateint mit oberbauch Schmerzen (D/D) Akute Pankreatitis (Diagnose ,Behandlung).ER hat mir Zwei Photos gezeigt (candidiasis,Masern ,er hat darüber nicht gefragt)



Mündlich :
1) Chirurgie:
*Schaufensterkrankheit : diagnose, fontaine einteilung , therapie stadium 2b. Patient will keine op ,was machen wir ? Gehtraining , was macht gehtraining ? Kollateralabbildung.
* Akutes Abdomen : nennen sie abdominelle ursachen (10 ursachen) , jede ursache eine frage , 2 Röntgen abdomen bilder gezeigt, eine mit Spiegelung , das andere mit freie luft. Was ist die Ursache? Perforation sigma divertikulum. Behandlung? Sigmoidektomie. Was sollen Sie währen der Aufklärung des Patienten erklären?? Die Risiko der Operation und doe notwendegkeit der "kolostomie". Der Patient kommt um 22 Uhr & der Chirurg kommt um 7 Uhr morgens , was machen Sie? Das ist ein Notfall , Patient darf nicht warten!

2) Innere Medizin :
*pneumonie : (patient 70 jahre , hoch fieber , gelbich aufwurf) Errger , diagnose , hat mir ein Röntgen Bild gezeigt (lobar pneumonie) , Therapie.
*Mikrozytären , hypochromen Anämie , was bedeutet? Ursachen? Diagnose? Thalassemia major & minor. Therapie ? Pathologie ? Prognose?
* NSAID : nennen sie namen ? Ulkus Mechanismus??

3) Neurologie:
*BPPV: parhophysiologie, DD?
* Patient Mittelalter, Auge komplett blind für 10 Minuten dann wieder normal , ursache ? ich habe gefragt , hat der Krämpfe, Kopfschmerzen, hypertonie , Diabetes?? Nein.
Meine Antwort TIA. , Ursache in diesem Patient? Carotis stenose. Er hat mir MR Angeographie gezeigt, was ist das?? Zeig mir die Gefäße, wo ist die stenose? Therapie???



Hallo liebe Kolleginnen und Kollegen. Am 27.11 habe ich die Gleichwertigkeitsprüfung in Marburg abgelegt und bestanden. Die Prüfer :Chirurgie (Dr. Pröbstel), innere Medizin (Dr Dancygier), Neurologie (Dr Oberwittler).
Der praktische Anteil : Anamnese und körperliche Untersuchung für Patientin mit Schwindel.
Der mündlichen Anteil :
Die Fragen : Chirurgie : Sprunggelenksfraktur(Röntgen für Weber C _ Therapie : Plattenostiosenthese) - Leistenhernien(Direkt, Undirekt, Lichtenstein, TEP, TAPP) - pAVK(Einteilug nach Fontaine, Therapie) -Akuter arterieller Verschluss (6P, Therapie).
Innere Medizin : Diarrhö(Anamnese) -Aortenklappenstenose(Ätiologie, Klinik, Therapie) - Zöliakie(Definition, Diagnostik, Therapie)
Neurologie : Hirntod(Diagnostik) , Bandscheibenvorfall (S1 radikulär Lumbalgie, Kudasymptom)



Teil 1 20 minuten schauspielpatient gezielte Anamnese Untersuchung Gespräch ggf labor
Teil 2 30 minuten brief schreiben man kan mehr zeit haben
Teil 3 60 minuten 3 Prüfer mundlich

Fall alle 4 falle warn allgemeinarzt Praxis 4 Gruppe 12 Leute
1. Retrosternal schmerz
2. Rucken sz
3. Nacken sz
Mein Pt akute leisten schmerz pt gab HW wenn ich richtig oder falshe richtung war! hat nach spaziern akute sz gespürt vom leiste bis knie keine trama/schwellung neurologich ok lasegue neg bei med rotation huft etwas tut weh labor sagte ich sono Ro ggf waren kein ich hate gesagt ich sehe keine zeichen Leistenbruch oder BS vorfall oder huft trauma am ehestens ist nür muskel riss andere leute haben leistenbruch diagosiert

Mundlich ganz freundlich n bekeum hatten mein lebenslauf und habe kurz beruflich errahrung und Vorstellung
Prüfer haben mir zuerst gelobt für 1 teil also wichtig war nicht diagnosis richtig vorgehen und damit war mein mündlich teil erleichtert :) jede Prüfer 20 min prüft

Innere fangt mit hygiene principle (lobt mir ich hate 3 mal hande disinfiziert und warum habe geklart)
2 Rö ap lat thorax 50j frau obese mit husten feber war klar pneumonie also wichtig systemetisch Rö befunden
F was will ich untersuchen
A ich habe erwähnt alle 100 sachen was man in first look guckt ohne Lungen Auskultation Prüfer was sehr glücklich jedes mal gelobt ggf gibt Hinweiss damit stress weg diagnosis pneumonie welche AB (augmentan/klacid n warum n welche pt) dann zeigte labor crp hoch weiter ddimer positiv dd LE ich sagte ich brauche weiter info risiko hoch dann ct und vor ct welche Untersuchung gibt HW echo EKG (RV dys)
dann weiter labor TSH 150 trak _ TAK MAK + hasimoto sono befund und therapie wieviel Lthyroxin
Dann gleiche fall in 2 tagen schlecht dd reistant keime oder psudomonas antibiotika (mero)

Allgemein zeigte 2 bilder plus pharma etc
1.Herpes zooster opthalmic region diagnosis 2 komplikation was will ich gucken (augenarzt muss) therapie nebenwirkung Acyclovir sowie neuroleptika n WHO Schmerztherapie stufen n opoid pharkokinetic/ kurve (war ich jetzt gestresst aber gibt HW lobt)
2 2 bild toilet mit alte frau tot gefunden klinish arm rigid was will ich tun ich sagte dass ist sicher zeichen tod ich soll leichensxhein ausfullen ursache unsicher und tot zeichen sicher sagte was noch (polizei anrufen nicht aufraumen) polizei sagte oh dr sie war terminal krank bitte natürlich tod ankreuzen (nein kein fall ich kenne ihr nicht)

Alg chirug (wusste ich habe kein Chirurgie Erfahrung oder Interesse :) damit war nicht so tief fragen) sagte jetzt schwierigste teil :)) ich sagte dann erst will ich wasser trinken :) bitte je nachdem Stimme (mein war wie gesagt von Anfang freundlich stimme n ich habe mehr gequatscht und langsam und klar Sätze also systematisch immer damit er weniger fragen zeit ;) fangt welche chirurgisch patient wir sehen häufig (also in pädiatrie) Akute abdomen hoden torsion app invagination fragte Appendicitis alles n diganosis dann ct n mrt nach teile sagte 10 pt sterben in welt in MRT warum!! (Nicht anesthesie nicht kontrast allergie sondern mettal in körper oder zimmer!!!)
alle vorteil laproskopie (wollte vor allem narben hernie wissen) wie viel % (30% sagte selber)

erkrarte dass ist größte thema warum soll man laproskopie fragte basic was was narbe wie bilder und warum narbenbruch
Was ist neo adjuvant chemo ob gibt noch was neoadjuvant (radio)
welche tumor soll neoadjuvant chemo (ich hate vorher bewuust wilms gesgagt alle Prüfer lachen tot dass ich möchte unbedingt Pädiatrie;) der sagte ja richtig aber was noch wichtig dannaagte ich rektum und osophagus ca)



Prüfung in Marburg: Allgemein Medizin, Innere und Chirurgie.
Mein Fall war GERD(junge Frau, raucht, hat brennende retrosternale Schmerzen. Im Blut waren CRP und BSG erhöht).
Mündlicher Teil (1 Stunde)
1.Allgemein:
- Foto mit Unterschenkelödem: DD etc.
- Hitzenschlag und Sonnenstich.
2.Chirurgie
- häufigste Fraktu- Rö-Bild , Typ? Klassifikation. Therapievorschlag.
Ostheosynthese?Konservative Therapie möglich?
- Schluckbeschwerden-Schilddrüse-Ca- latente und manifeste Hypothyreose- Arterien der Schilddrüse.
3. Innere- DD retrosternale Schmerzen. Rö mit einer Huatushernie. Anämien. Blutbild mit Anämie und Panzytopenie- DD(ich habe an Plasmozytom gedacht-->>was Sie über Plasmozytom wiessen?)
Andere Kollegen:
Hauttumoren, Impfugen für 65 -jährigen Mann. Aktive und passive Impfungen. Colon-Ca, Pankreas-Ca, pAVK. MI, VHF, gutartige Lebertumoren(DD), LE.



Bundesland: Hessen **Stadt:** **Datum:** Februar 2015

Prüfungsfächer:

Chirurgie / innere Medizin / Neurologie

Prüfungskommission:

Zu jedem Fach gab es ein spezialisierter Arzt.

Prüfungsablauf:

Keine Angaben.

Praktischer Teil:

- Fall 1: 75-jähriger mit Abgeschlagenheit fühlt sich allgemein seit einer Woche schlapp und benommen, Vorerkrankungen: arterielle Hypertonie. Klinisch finden Sie eine Hemiparese links!
- Fall 2: Junge, schlurfen des rechten Fuß beim Gehen!

Mündlicher Teil:

Neurologie

Fall 1: 75-jähriger

- Prof.: Diagnose?
- Prüfling: nach der Anamnese! Schlagartig? Schleichend? Seit wann?
- Prof.: über 4 Tage zunehmend
- Prüfling: chronisches subduralhämatom
- Prof.: was machen Sie denn?
- Prüfling: CT kopf, Klinische Überwachung, Therapie: Bohrloch trepanation
- Prof: wie groß soll es sein? Erklären sie detaillierte operationsverfahren?
- Prüfling: Duraöffnung absaugung von Blut usw..
- Warum häufiger bei alten Menschen? (Hirnatrophie) Zeichen für Verschlechterung? bzw erhöhten Hirndrück?
- Prüfling: Stauungspapillen, Kopfschmerzen, schwallartiges Erbrechen, vigilanzminderung oder Bewusstseintrübung
- Prof.: Wie lange dauert es bis zur komplette Rückbildung von Hirnkompression nach der OP?
- Prüfling: keine Ahnung aber nicht sofort auf jeden Fall

Fall 2: Junge

- Prof.: Diagnose?
- Prüfling: Fußheberparese, Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Spinale RF
- Prof.: das ist alles neurogen welches Nerv bzw. Würzel? Kann es auch myogen sein?
- Prüfling: Lumbal L5. Myogen wie myositis oder Myopathie oder Myasthenia gravis ist immer bds und symmetrisch evtl auch generalisiert! Also nicht möglich, kann aber fokale Myositis sein.

- Prof.: wie diagnostizieren Sie fokale Myositis?
- Prüfling: fleckförmige Muskelverfettung in MRT-STIR Sequenzen ohne CK Erhöhung
- Prof.: wenn Unterschenkel-Trauma mit Schwellung und Fußheberparese und Schmerzen ohne Wunde?
- Prüfling: Kompartment Syndrom
- Prof.: Welches nerve da betroffen?
- Prüfling: N.peroneus
- Prof.: sensibles Versorgungsgebiet?
- Prüfling: Motorisch? Auch großzeh heberparese
- Prof.: welcher Muskel?
- Prüfling: Extensor halucis longus

Chirurgie

Fall 1: 75-jähriger

- Def von Kompartment syndrom?
- Erhöhte Gewebedruck bei geschlossenen Haut -Weichteilmantel -->Durchblutungsstörung
- Wie stellen Sie es fest?
- Puls
- Wo?
- Dorsalis pedis, tibialis posterior
- Surface Anatomie?
- Lateral von externen.halucis longus-sehne und die hinter med.Malleolus
- Arterielle Versorgung vom ganzen Unterschenkel?
- A. Tibialis antworten und Post und fibularis
- Frühzeitige Erkennung von Kompartment Syndrom?
- Sensibilitätsstörung zwischen großzeh und 2tem oder kompartment Druckmessung!
- Wie viel Kompartmente gibt's im Unterschenkel?
- 4
- Welche Muskelatur heben den Fuß welche senken?
- Heber: m.tibialis anterior
- Senken: gastrocneumius und soleus
- Akute Arterienverschluss: Ursachen? Symptome? Therapie? Wie kann ein VHF sowas hervorrufen?
- TEA Op erklären!
- PAVK, Ursachen Einteilung detailliert.

Innere Medizin

Fall 1: 75-jähriger

- Unterschied zwischen VHF und Flattern im EKG?
- P nicht abgrenzbar und unregelmäßige Abstände zwischen QRS komplexe evtl tachykardie
- Aber Flattern: saw tooth (Sägezahn auf gut deutsch)
- Gibt's VHF Brady?

- Medikamente BB und herzglykoside oder Av Blockade
- Welche gefährlicher?
- Flattern, ventrikläre tachykardie
- Ursachen von VHF
- 8 Ursachen

Fall 2: Junge

- Chronisch Nierenversagen. Ursachen?
- Häufigste 2?
- Pathomechanismus für Anämie?
- Pathomechanismus für hyperphosphatämie?
- Therapie unabhängig von der Grunderkrankung?
- Nephrotoxische medikation? Diätische therapie?
- Beschreiben Sie EkG bei Mitrale Stenose?
- Welche kann VHF verursachen/Mitrale Stenose oder Insuffizienz?

Bundesland: **Hessen** **Stadt:** **Marburg** **Datum: 27.11.2015**

Prüfungsfächer:

Chirurgie / innere Medizin / Neurologie

Prüfungskommission:

- Chirurgie (Dr. Pröbstel),
- Innere Medizin (Dr. Dancygier)
- Neurologie (Dr. Oberwittler)

Prüfungsablauf:

- Praktischer Teil: 20 Minuten für die Anamnese und körperliche Untersuchung + 30 Minuten für das Fallschreiben. Man muss allgemein körperlich untersuchen + Anamnesefall z.B. habe ich allgemein + neurologische Untersuchung durchgeführt, weil mein Fall Schwindel war.
- Mündlicher Teil: 60 Minuten (20 Minuten für jeden Fach)

Praktischer Teil:

Anamnese und körperliche Untersuchung für Patientin mit Schwindel

Mündlicher Teil:

Chirurgie

- Sprunggelenksfraktur (Röntgen für Weber C → Therapie : Plattenostiosenthese)
- Leistenhernien (Direkt, Undirekt, Lichtenstein, TEP, TAPP)
- pAVK (Einteilug nach Fontaine, Therapie)
- Akuter arterieller Verschluss (6P, Therapie)

Innere Medizin

- Diarrhö (Anamnese)
- Aortenklappenstenose (Ätiologie, Klinik, Therapie)
- Zöliakie (Definition, Diagnostik, Therapie)

Neurologie

- Hirntod (Diagnostik)
- Bandscheibenvorfall (S1 radikulär Lumbalgie, Kudasymptom)

Bundesland: **Hessen** **Stadt:** **Marburg** **Datum: 29.01.2016**

Prüfungsfächer:

Chirurgie / innere Medizin / Psychosomatik

Prüfungskommission:

- Psychosomatik, Frau Dr. med. Secil Akinsi
- Chirurgie, Herr Dr. med. Andreas Schmidt-Matthiesen
- Innere Medizin, Herr. Prof. Dr. med. Joachim Bargon

Prüfungsablauf:

Siehe unten.

Praktischer Teil:

- Ein Patient mit Hochblutdruck und stressigem Leben. Ich musste eine gezielte Anamnese und Untersuchung in 20 Minuten durchführen.
- Dann sollte ich einen Bericht in 30 Minuten schreiben.

Mündlicher Teil:

Chirurgie

- Trauma mit Schwellung am Sprunggelenk: wie gehen Sie weiter? Keine Fraktur, Band Verletzung (Behandlung)
- Patient mit Schluck Beschwerden (differential Diagnostik)
- Ein Paar Fragen über die Achalasi (Diagnose und Behandlung).

Innere Medizin

- Arteriele Hypertonie: Behandlung, Patient mit Brustschmerzen wie gehen Sie weiter?
- Dann hat der Prüfer eine EKG eines Vorderwandinfarkts gezeigt (Behandlung in der Praxis und in Klinik und die Dauer der Medikamente).
- Ein Patient mit Oberbauchschmerzen (D/D) Akute Pankreatitis (Diagnose, Behandlung). Der Prüfer hat mir Zwei Fotos gezeigt (Candidiasis und Masern), er hat darüber nicht gefragt.

Psychosomatik

- Die Prüferin hat nach der Behandlung der Angst des Patienten gefragt, ein Fall mit Anorexia nervose
- Somatoforme autonome Störungen (was sind sie, nennen Beispiele)
- Somatoforme Schmerzstörung: was sind Antidepressive Medikamente (nur der Name) Der Frage war oberflächlich keine detaillierte Frage.

Bundesland: **Hessen** **Stadt:** **Marburg** **Datum: 29.04.2016**

Prüfungsfächer:

Chirurgie / innere Medizin / Psychosomatik

Prüfungskommission:

Die Prüfer waren sehr nett.

Prüfungsablauf:

Keine Angaben.

Praktischer Teil:

Keine Angaben.

Mündlicher Teil:

Chirurgie

- Chr. venöse Insuffizienz
- Untersuchungsmethoden der Venen
- Inguinal hernia
- Bein varizen

Innere Medizin

- Pyelonephritis
- Eisenmangelanämie
- Urinsediman
- Hypothyreoiditis
- Transfusionskomplikationen

Psychomatik

- Depression
- Suchtkrankheit
- Psychoneurosen
- Benzodiazepine
- Psychodynamische und Verhalten -Therapie.

Bundesland: **Hessen** **Stadt:** **Marburg** **Datum: 16.08.2016**

Prüfungsfächer:

Chirurgie / innere Medizin / Neurologie

Prüfungskommission:

Keine Angaben

Prüfungsablauf:

Keine Angaben

Praktischer Teil:

Keine Angaben

Mündlicher Teil:

Chirurgie

- pAVK, Unterarmfrakturen und Akutes Abdomen

Innere

- IM, AV-Block drittes Grades, Kammerflimmer (Für alles gilt: Etiologie, Klinik, Behandlung und eventuell Stadieneinteilung)

Psychosom

- Depression und Alkoholabhängigkeit.

Bundesland: **Hessen** **Stadt:** **Marburg** **Datum: 27.01.2017**

Prüfungsfächer:

Prüfungskommission:

- Prof. Kaltwasser (Innere)
- Dr. Meyer (Chirurgie)
- Dr. Oberwittler (Neurologie)

Prüfungsablauf:

Keine Angaben.

Praktischer Teil:

Junge Frau mit Rückenschmerzen, Differenzialdiagnose:

- Spondylodiszitis
- Morbus Bechterew
- Metastasen

Mündlicher Teil:

Diagnostik

- MRT, Fragen → Patient mit akut aufgetretenen Kopfschmerzen, was machen Sie?
- CT → Nichts in CT → liquorpunktion, um Blut im Liqur bei SAB auszuschließen. So wurde Subarachnoidale Blutung festgestellt → Herpes zoster

Therapie

- Neuralgie Therapie, Liquordiagnostik: Unterschied virale und Bakterielle Meningitis
- Innere Medizin: Patientin mit Müdigkeit bzw. Abgeschlagenheit. Labor in Ordnung. Man muss Hypotireose ausschliessen → Hypotireose Labordiagnodtik: Differnzialdiagnose → Therapie: Hashimoto, Bechterew Spondylarthropathien, akute bzw. chronische leukämien. Grippeimpfungen → Wen und warum

Komplikationen

- Bei Grippe: pneumonie bei Erwachsene, otitis bei Kinder.
- Chirurgie: Pancreatitis, Cholecystitis (Sono: Abdomen mit Gallenstein dazu) was macht man zur Diagnostik: Sono Abdomen, Endo Sono, ERCP

Chirurgisch vorstellen:

- Therapie: Pneumothorax, Spontanpneumothorax
- Komplikationen: Akutes Abdomen. Römer Bild Ileus, Differenzialdiagnostik: Ursache Ileus. Bronchialkarzinom TNM Stading, Diagnostik, weiteres Vorgehen.

Bundesland: **Hessen** **Stadt:** **Marburg** **Datum: 19.05.2017**

Prüfungsfächer:

Chirurgie / Innere Medizin / Neurologie

Prüfungskommission:

- Prof. Kaltwasser (Innere)
- Dr. Pröbstel (Chirurgie)
- Dr. Oberwittler (Neurologie)

Prüfungsablauf:

Praktischer Teil:

Schwindel (Drehscheindel) Diagnose: benigne paroxysmale lagerungsschwindel (BPPV)

Mündlicher Teil:

Chirurgie

Schaufensterkrankheit:

- Diagnose, fontaine Einteilung, Therapie stadium 2b. Patient will keine OP, was machen wir? Gehtraining, was macht Gehtraining? Kollateralabbildung.

Akutes Abdomen:

- Nennen sie abdominelle Ursachen (10 Ursachen), jede Ursache eine Frage, 2 Röntgen Abdomen Bilder gezeigt, eine mit Spiegelung, das andere mit freier Luft. Was ist die Ursache? Perforation sigma divertikulum. Behandlung? Sigmoidektomie. Was sollen Sie während der Aufklärung des Patienten erklären? Das Risiko der Operation und die Notwendigkeit der „Kolostomie". Der Patient kommt um 22 Uhr & der Chirurg kommt um 7 Uhr morgens, was machen Sie? Das ist ein Notfall, Patient darf nicht warten!

Innere Medizin

Pneumonie:

- (Patient 70 Jahre, hohes Fieber, gelblicher Aufwurf) Erreger, Diagnose, hat mir ein Röntgen Bild gezeigt (lobar pneumonie), Therapie.

Mikrozytären:

- Hypochromen Anämie, was bedeutet? Ursachen? Diagnose? Thalassemia major & minor. Therapie? Pathologie? Prognose?

NSAID:

- Nennen sie Namen? Ulkus Mechanismus?

Neurologie

BPPV:

- Parhophysiologie, DD?

Patient Mittelalter, Auge komplett blind für 10 Minuten dann wieder normal:

- Ursache? Ich habe gefragt, hat der Krämpfe? Kopfschmerzen? Hypertonie? Diabetes? Nein.
- Meine Antwort TIA, Ursache in diesem Patienten? Carotis stenose. Er hat mir MR Angeographie gezeigt, was ist das? Zeig mir die Gefäße, wo ist die Stenose? Therapie?

Und es gab auch viele andere Fragen dazwischen, ihr müsst nicht alle Fragen beantworten, aber mindestens 75%

Bundesland: **Hessen** **Stadt:** **Marburg** **Datum: 27.06.2017**

Prüfungsfächer:

Innere Medizin / Chirurgie / Allgemeinmedizin

Prüfungskommission:

Zu jedem Fach gab es ein spezialisierter Arzt

Prüfungsablauf:

Mündlicher Teil (1 Stunde)

Praktischer Teil:

Mein Fall war GERD (junge Frau, raucht, hat brenne de retrosternale Schmerzen. Im Blut waren CRP und BSG erhöht)

Mündlicher Teil:

Allgemeinmedizin

- Foto mit Unterschenkelödem: DD etc.
- Hitzeschlag und Sonnenstich.

Chirurgie

- Häufigste Fraktur Rö-Bild, Typ? Klassifikation. Therapievorschlag. Ostheosynthese? Konservative Therapie möglich?
- Schluckbeschwerden-Schilddrüse-Ca- latente und manifeste Hypothyreose- Arterien der Schilddrüse.

Innere Medizin

- DD retrosternale Schmerzen.
- Rö mit einer Huatushernie.
- Anämien.
- Blutbild mit Anämie und Panzytopenie- DD (ich habe an Plasmozytom gedacht-->>was Sie über Plasmozytom wiessen?)

Andere Prüflinge:

- Hauttumoren
- Impfugen für 65-jährigen Mann.
- Aktive und passive Impfungen.
- Colon-Ca, Pankreas-Ca, pAVK.
- MI, VHF, gutartige Lebertumoren (DD), LE.

Bundesland: Hessen **Stadt:** Marburg **Datum:** 27.06.2017

Prüfungsfächer:

Innere Medizin / Chirurgie / Allgemeinmedizin

Prüfungskommission:

Prüfungsablauf:

- Teil 1: 20 Minuten Schauspielpatient gezielte Anamnese Untersuchung Gespräch ggf. Labor
- Teil 2: 30 Minuten Brief schreiben, man kann mehr Zeit haben
- Teil 3: 60 Minuten 3 Prüfer mündlich

Praktischer Teil:

Alle 4 Fälle waren Allgemeinarzt-Praxis, 4 Gruppen 12 Prüflinge

- Retrosternal Schmerz
- Rückenschmerzen
- Nackenschmerzen
- Mein Patient hatte akute leisten-Schmerz.
  Patient gab HW wenn ich richtige oder falsche Richtung war!
  Patient hat nach Spazieren akute Schmerzen gespürt vom Leiste bis knie
  Keine Trauma/Schwellung
  Neurologisch ok, lasegue neg bei med Rotation, Hüfte tut etwas Weh
  Labor sagte ich sono Ro ggf waren keine. Ich sagte: ich sehe keine Zeichen für Leistenbruch oder BS Vorfall oder Hüftentrauma am ehesten ist nur Muskelriss
  Andere Prüflinge haben Leistenbruch diagnostiziert

Mündlicher Teil:

Mündlich ganz freundlich und bequem. Sie hatten mein Lebenslauf und haben kurz nach beruflicher Erfahrung und Vorstellung gefragt. Prüfer haben mich zuerst gelobt für Teil1. Wichtig war nicht richtige Diagnose, sondern richtiges Vorgehen. Damit war mein mündlich teil erleichtert :) Jeder Prüfer hat 20 Minuten geprüft.

Innere Medizin

- Innere hat mit Hygiene-Standards angefangen (lobte mich, weil ich meine Hände 3 mal desinfiziert habe und ich habe erklärt, warum!)
- 2 Rö ap lat thorax 50 Jahre Frau, obese mit Husten Fieber. War klar Pneumonie also wichtig systematische Rö - Befunden.
  Frage: was will ich untersuchen?
  Antwort: ich habe alle 100 Sachen erwähnt, was man in first look sieht ohne Lungen Auskultation. Prüfer was sehr glücklich hat jedes Mal gelobt ggf. gibt er auch Hinweise, damit der Stress weg ist.
  Diagnose Pneumonie, welche AB (augmentan/klacid und warum? Und welche Patienten). Dann zeigte er Labor crp hoch weiter ddimer positiv dd LE Ich sagte ich brauche weiter Info Risiko hoch dann ct und vor ct welche Untersuchung gibt HW echo EKG (RV dys). Dann weiter labor TSH 150 trak _ TAK MAK + hasimoto sono befund und Therapie wie viel Lthyroxin?
- Dann der gleiche Fall in 2 Tagen schlecht dd reistant keime oder psudomonas antibiotika (mero)

Allgemeinmedizin

- Zeigte 2 Bilder plus Pharma etc.
    - 1. Bild, Herpes zooster opthalmic region Diagnose 2 Komplikation, was will ich angucken? (Augenarzt muss) Therapie Nebenwirkung Acyclovir sowie Neuroleptika und WHO Schmerztherapie Stufen und Opoid Pharkokinetic/ Kurve (war ich jetzt gestresst aber gibt HW lobt)
    - 2. Bild Toilette mit alter Frau, tot gefunden. Klinisch arm rigid, was will ich tun? Ich sagte, dass ist sicher Zeichen Tod. Ich soll Leichenschein ausfüllen. Ursache unsicher und Tod-Zeichen sicher. Er fragte: was noch? Polizei anrufen nicht aufräumen. Er sagte: Polizei?! Oh Dr. sie war terminal krank bitte natürlicher Tod ankreuzen. Nein auf keinen Fall ich kenne sie nicht.

Chirurgie

Er wusste, ich habe keine Chirurgie Erfahrung oder Interesse :) so kamen keine so tiefe Fragen.

Er sagte jetzt ist der schwierigste Teil :)) Ich sagte dann erst will ich Wasser trinken :) Bitte je nach der Stimmung (bei mir war wie gesagt von Anfang freundliche Stimmung und ich habe mehr gequatscht und langsam geredet und klare Sätze also systematisch immer damit er weniger Zeit für Fragen hat ;)

o Am Anfang: welche chirurgische Patienten sehen wir häufig? (also in Pädiatrie) Akute abdomen hoden torsion app invagination.
o Fragte Appendicitis alles und Diganosis dann ct und mrt. Nachteile sagte10 Patienten sterben Weltweit in MRT
warum? (Nicht Anesthesie nicht kontrast Allergie sondern Metall in Körper oder Zimmer!!!)
o Alle Vorteile Laproskopie (wollte vor allem Narben hernie wissen) wie viel % (30% sagte selber), erkrarte dass ist
größte Thema. Warum soll man Laproskopie durchführen? Fragte Basics, was Narbe? Wie Bilder? Und warum Narbenbruch?
o Was ist neo adjuvant chemo? Ob es noch was neoadjuvant (radio) gibt?
o Welche tumor soll neoadjuvant chemo (ich hatte vorher bewusst Wilms gesag. Alle Prüfer haben sich tot gelacht,
weil ich unbedingt Pädiatrie möchte ;) Er sagte ja richtig aber was ist noch wichtig? Ich sagte Rektum und Osophagus ca)
Also insgesamt war draußen viel Stress Leute mit 100 Büchern und nach dem ersten Teil miteinander geredet und
waren unsicher ob wir es richtig gemacht haben!!
Mein Vorschlag: wenn möglich keine Bücher am Prüfungstag. Draußen in den Pausen frische Luft, Wasser und stressfrei sein. Die Prüfer versuchen selbst, dass Sie bestehen und sehr wichtig unbedingt systematisches Vorgehen
in jedem Teil.

Gleichwertigkeitsprüfung für ausländische Ärzte

تجربة اولى:

Am 25.08.2017 hatte ich Kenntnisprüfung im Marburg abgelegt. Die Prüfungskommission:
Prof.Dr.Grimm (innere med)
Dr. Claus (Allgemein Medizin)
Dr.Pröbstel (chirugie)

Beim erste teil handelt es sich um akutes Appendizitis mit typische Symptome.
Mündlich Teil fängt danach an.
Prof.Grimm: EKG (sick Sinus Syndrom) Behandlung, noch eine EKG(Av re entry tachykardie) , Therapie , neun Ursachen chronische Nieren versagen , akutes Nieren versagen mit Behandlung , Glomerulonephritis , Adenosin (neben Wirkung) Herzinsuffizienz (Ursachen ,)Aortenstenose, TAVI. Dr. Claus: Foto von basal zell Karzinom , hauttumoren , Eisenmangel amämie
Dr. Peöbstel: Schwellung im Leistenregion (er will Lipom unbedingt hören) Leistenbruch , Direkt und indirekt (warum indirekt angeboren sein können) OP verfahren (alle Möglichste verfahren zu nennen) .
Ich habe Fallbücher (50) , Amboss , fragen und Antwort (innere) und Last min phar benutzt. Ich wünsche euch allen viel Erfolg.

تجربة تانية :

Annerkennungsprüfung Marburg August 2017 Prüfer Dr Brenck Allgemeinmed, Dr Adili chirurgie, Dr Bargon Inneremedizin
Klinischer Fall: Frau 30 Jahre alt, akute schmerzen in rechten Oberbauch --> Anamnese; Klinische Untersuchung, Diagnostik, weiteres Vorgehen--> für mich war das typisch Cholezystolithiasis mit positivem Murphy-zeichen, Sono Konkremente, Labor leichte Cholestase, Hypercholesterinämie ohne Erhöhung der Entzündungswerte, ich hab ihr geklärt was sie hat und hab die ins Krankenhaus eingewiesen zur weiterer Diagnostik ggf. Therapie.
Dann musste ich etwa 2 Stunden warten dann ging es wieder los mit der mündlichen Prüfung, ich war total gestresst aber die Atmosphäre war während der mündlichen angenehm und es war nicht so schlimm auch wenn ich nicht alle Fragen geantwortet habe. Fragen: frau 70 Jahre Alt im Altersheim mit Beinenödem bds. Differentialdiagnosen, hab gesagt Herzinsuffiziens, Niereninsuffiziens, Leberinsuffiziens, Malnutrition, CVC, Cushing, Hypothyreose, Phlegmon, Erysipel, Calzium Antagonisten, dann hat er wegen Herzinsuffiziens fragen gestellt und zu den Calzium-Antagonisten, dann diese Frau hat arterielle Hypertonie, wie wird man benhandeln? ABCD-schema (ACE-hemmer, B-Blocker, Calzium-Antagonisten und Diuretika) und Lifestyle, Frage zu Nebenwirkungen und Kontraindikationen von B-blocker, ACE-hemmer macht Reizhusten-->auf sartane umstellen, dann Vorsorgeuntersuchung bei dieser Frau --> er wollte Impfung hören ich hab gesagt Influenza jährlich, Pneumokokken einmal, Tetanus Diphterie alle Jahre, er hat dazu gesagt und noch Pertussis 5sie hat viele kleine Enkelkinder), dann ging es weiter mit der Chirurug Dr Adili , Mann 30 Jahre Vorwölbung rechte leiste/ was machen Sie? ich hab gesagt ich gehe immer systematisch vor: zunächst Anamnese, Klinische Untersuchung mit Seitenvergleich, Differentialdiagnose zur Vorwölbung an der Leiste, dann Anatomie, unterschied direkte und indirekte Hernie, was ist häufiger bei erwachsenen, Risikogaktoren, was ist Gleithernie, wann und wie wird die Listenhernie operiert (chirurgisch, endoskopisch Netz oder Naht usw.), was beraten sie diesen Mann ich hab gesagt es wird nicht von alleine Heilen und es muss sowieso operiert werden Aufgund der Risiko der Inkarzeration mit Komplikation mechanischer Ileus. Zweiter Fall frau 18 Jahre Verkehrsunfall akutes Abdomen und Schock. Definition akutes Abdomen, was machen Sie--> zugang, Infusion, blutentnahme, Kreuzblut, ggf. Transfusion, chirurg bescheid sagen, dann definition Schock, was wird transfundiert? welche Flüssigket -->kristalloid, Kolloid, unterschied?wie OP mediane Laparotomie, warum? gutes Überblick.
Dann dritte Runde mit Prof. Bargon, Mann 70 Jahre synkope, was macht mann? aufnehmen, überwachen, ursache abklären, Blut abnehmen EKG usw. er zeigte mir EKG mit AV-block 3 Grad, was machen?--> Herzschrittmacher. dann COPD mit akute Exazerbation was machen, dann Rö Thorax vom Ausländer mit husten seit mehrere Wochen, im Röntgen infiltrate bds. ich

hab gesagt ich nehme ihn auf, Tbc. DD atypische Pneumonie--> isolation, dann anamnese und Diagnostik von Tuberkulose (Sputum 3 Tage, Blutkultur, Quantiferon-Test usw.), was ist Quantiferon-Test.
Insgesamt man muss die Sache ernst nehemen, ich hab es das erste mal nicht bestanden, dann hab ich ein Vorbereitungskurs gemacht und viel gelernt, empfehlungswert ist Miamed Amboss im Internet da zahlt man etwa 13 Euro pro Monat und hat dafür Zugang zu alle Kurse sehr schön strukturiert und zusammengefasst, Inneremedizin und Chirurgie 50 wichtigste Fälle, Allgemeinmedizin in Frage und Antwort, und die Protokolle, ich würde jezt retrospektiv sagen die Protokolle sind am wichtugsten, die Kriegt man von den verschiedenen Fachschaften z.B. ich hab von Lernstudio Frankfurt. Wenn jeder sein Protokoll schreibt wäre das hilfreich für alle, also geben und nehmen und nicht nur nehmen. viel Glück

تجربة ثالثة

Gleichwertigkeitsprüfung am 25.08.2017 in Marburg. Die Prüfer sind Dr Brenck Allgemeinmedizin, Dr Adili Chirurgie , Dr Bargon innere Medizin.

Der Fall : 33 JA Patientin mit Akuten Oberbauchschmerzen rechts strahlen zum rechten Schulterblatt aus. Keine Übelkeit kein Erbrechen. Sie hat vor 2 Wochen die Symptome gehabt.
KU: darmgeräusche hörbar, DS am Oberbauch rechts, murphy's zeichen +ve.
Behandlung: Labor> Leukozyten, CRP , BSG , Bilirubin, gamma GT , ALP
US > der Pat. Auch geklärt . Cholezystolithiasis
Meds: Schmerzmittel pethidin
OP: Laparoscopic mit Aufklärung der OP.

Mündliche Prüfung:
Allgemeinmedizin:
1- 3 JA kind mit der Mutter gekommen. Das kind isst und trinkt seit gestern nicht. Hat Fieber auch. Der Bauch ist bisschen gebläht. Was machen sie vor?
A- Anamnese und KU. Woran denken sie ? Wahrscheinlich Gastroenteritis.
Dann hat er mir gesagt : bitte denken sie weiter was hat das kind ? Ich fragte ob das Kind die Ohren reibt ? Hat gesagt ja bisschen . OK dann führe ich Otoskopie durch und KU und Mastoidprozess und LK palpieren . Was sehen Sie durch Otoskopie? Trommelfell gerötet , entzündet, normale Strukturen nicht erkennbar, Flüssigkeit im Mittelohr . Was ist die normale Farbe des Trommelfells ? Grau .
OK was machen sie weiter ? Rachen Untersuchung . Gerötet ohne Belege. Woran denken Sie ? Virale Obere Atemwegserkrankungen mit Mittelohrentzündung. Behandlung: konservativ mit Flüssigkeit und Schmerzmittel "Aber kein ASS". Wiedervorstellen nach 2 Tagen.
Was ist die Verbindung zwischen HF und Fieber ? Jedes 1* Celsius beschleunigt das HF 10 Z.B 39* Celsius bedeutet HF 120 ungefähr.

2. Foto gezeigt: weiße Hautveränderungen am Ohr des Pat.. woran denken sie ?
A: jede HV müssen wir ernst nehmen. Kriterien der Hautkarzinom : wächst schnell , die Farbe , Blutungen etc. das ist die erste DDX . Was sind die Hauttumoren ? Basaliom . Maligne Melanom, spinaliom "plattenzellkarzinom". Wenn an Hautkrebs denke , muss exzidiert werden und histologisch untersucht werden. Aber hier ich nehme Blut ab und gucke die Harnsäure auch. Sieht wie Typhus aus "Gicht". Wenn HS> 6 mg dann Gicht. Was fragen den Pat.? Anamnese : Schmerzen am Grundgelenk des Großzehes . Hat gesagt : nicht immer hier manchmal am Sprunggelenk oder Knie. Und was ? Hab gesagt : Flankenschmerzen wenn steinen gibt. Mit US > die Kelchen sind gestaut. Kann man im Röntgenbild sehen ? Nein .
Behandlung :Ist Colchicin toxisch ? Jaa sehr toxisch muss nicht mehr als 6 mg pro Tag verschreiben. Mehr als 15 mg ist tödlich. Einfach Kühlung, Schonhaltung und Schmerzmittel. Allopurinol nicht im akuten Fall.

Chirurgie:
1- über den Fall gefragt . Was ist ERCP und wann stellt es die Indikation? Bei verschluss Iktrus.
2. ein Pat. hat Bauchbeschwerden mit pulsierende Schwellung am Bauch. Was machen sie weiter? Anamnese und Untersuchungen: hat Hypertonie , DM , Raucher . Ich denke an Aneurysma. Ich führe US durch . Das Durchmesser ist 4,5 cm . Was ist das normale ? Und was machen sie weiter ? CT mit Kontrastmittel. Ok was machen sie weiter ? Die Op Indikation ist

wenn mehr als 5 cm oder > 5 mit Symptomen oder wächst schnell. Hier keine OP . Wann ist der nächste Termin? Nach 6 Monaten!! Wo gibt es auch häufig Aneurysma ? Popliteal , was ist die Gefahr? Thrombose !!

3. Schluckbeschwerden : ein Pat. mit Schluckbeschwerden .DDX: Esophageal Ca. " Gewicht verloren, Nacht schwitzen.. etc" Achalesie , Zenker Divertikulose " was ist ? Anatomie!!"

Innere Medizin:
72 JA Pat mit Fieber . V.a. Pneumonie . Was machen vor ? Anamnese: kein Auswurf bisschen Husten . KU: Rasselgeräusche apikal rechts . Was machen sie vor ? Röntgenbild. Hat mir Röntgenbild mit Verschattung apikal rechts. Ok er hat Pneumonie. Die Behandlung: Aufnehmen, O2, Monoembolix , Vital Parameter kontrollieren, Ambulanz erworbene Keime > Amoxicillin mit Calvionsäure. Und Erythromycin . Antipyretic . Nach 2 Tagen die Situation wird schlimmer. Fieber . Schlechter AZ . Was machst du ? Bronchalveoläre Lavage mit Bakterien Sensitive antibiogram . Er hat mir Antibiogram gezeigt mit MRGN "multi resistant Gram negative" . Keine ABx wirken !! Hab gesagt muss den Pat. isoliert werden.

2. Ein Pat. mit Luftnot , Hat gezeigt EKG "Vorhof flimmern" beschreib ! Ist das normal Pat mit Vorhoffflimmern hat Luftnot ? Nein , warum dann? Er hat was damit !! Was machen sie weiter ? Anamnese und KU , Lungenuntersuchung >> Rasselgeräuschen basal beidseits , Halsvenen gestaut , Knöchelnödem beidseits >> Herz Insuffizienz mit Lungenödem . Behandlung: Aufnehmen, O2, Monoembolix , Furosemide, Morphin, aufrecht sitzen. Vorhoffflimmern: Beta Blocker , Blutverdünnungsmedikamente "Ass, Warfarin, Heparin " hier mit Mono Embolix. Auch antiarrythmische Medikamente.
Dann hat gefragt : ein PJ hat die EKG geguckt und sagt : wir machen jetzt elektrische Kardioversion !! Was sagen sie dazu ? Ich hab gesagt ? Wenn Vorhoffflimmern mehr als 48 h ist Kontraindikation elektrische Kardioversion durchzuführen. Warum ? Embolie , Schlaganfall.

Aufregung macht alles kaputt. Meine Empfehlung ist bei der Vorbereitung muss man in Ruhe lesen und lernen ohne Stress. Auch in der Prüfung.
Die Quellen : Amboss, Frage und Antwort Innere medizin und Allgemeinchirurgie, Fallbuch innere Medizin. Pharmakologie Last Minute Und Natürlich die Protokollen von Lernstudio in Frankfurt.

Viel Erfolg 👍.

تجربة رابعة

Marburg, Hessen, Prüfung am 25.08.2017 ---→ Bestanden

Team:
Hr. Dr. Hartmut Printz – Innere Medizin
Fr Dr. Anna Heverhagen – Chirurgie (sollte kommen Dr. Andreas Schmidt Matthiesen aber hat am tag der Prüfung abgelehn und kamm Fr. Dr., Gott sei dank, sonst hätten wir am anderen Tag kommen, in einem Monat oder so was ähnliches)
Dr. Gerd Appel – Allgemeinmedizin

Hr. Dr. Hartmut Printz – Innere Medizin

Dr. Printz hat angefangen mit mir zu sprechen. Er war sehr sehr freundlich. Er war witzig über den praktischen Fall, weil ich dort eine Patientin mit "unangenehmes Gefühl" im linken Hand seit ungefähr 30 min gehabt habe, und ich habe angefangen in Richtung eines ACS sie zu unteruschen. Weiter habe ich im Verlauf festgestellt das sie eine Hypertensive Krise hatte bei vorbekannter AHT (nimmt von Hausarzt AHT-Medikation) und auch keine typische pectanginöse Beschwerden hat. Ich wollte eine EKG geschrieben haben (jemand ist reingekommen und gab mir eine EKG mit SR und höchstpositives T → hier Repolarisationsstörung in Rahmen einer hypertensiven Krise). Also ich habe die Diagnostik erwogen und mich jetzt in Richtung eines Strokes orrientiert. Ich habe erneut die Patientin über die Symptomatik gefragt. Auf dieses mal erzählte sie schon über unangenehmes gefühl zusätzlich in den linken Bein. Also die Diagnose war klinisch sicher → Progressives Stroke, höchstwahrscheinlich hämmorhagischer Ursache bei AHT Krise (Stress Faktor für eine AHT war auch dabei – sie arbeitete als Sekretärin in einer Firma bei einem strängen Chef. Sie hatte angst von ihm als ich Ihr gesagt habe, dass sie ins Klinikum soll). Neurologische Untersuchung, sofort Einweisung in der Klinik für CCT und weitere Behandlung.

Dr. Printz meinte dass ich als Herzchirurg wollte unbedingt, dass die Patientin ein ACS gehabt habe um sie weiter behandeln zu können 🙂))
Weitere Fragen – Knoten im Halsbereich – nur 1 Knoten, ziemlich groß, zunehmende Größe im Verlauf, nicht ganz verschieblich (alle Fragen zur Diagnose muss du selbst stellen sonst wird er dir nicht viele Sache sagen!!! VORSICHT), Schilddrüse-Parametern Ok, Lokalisation mehr in Richtung des SternoCleidoMastoideus-Muskels als in der Richtung der Schilddrüse, der Patient ist relativ jung (35J) → Hodgkin → Untersuchung von andere LK-Satelytten, Milz (Vorsicht hier, zählt nicht als Organbefall in Ann- Harbor Klassifikation sondern als LK -Station)! Was macht mann mit dem Knoten –> Entfernung und hystologische Untersuchung → bei Punktion mögliche falsche Ergebnisse deswegen (das soll man auch sagen). Hystologische Typen (limfozytänarm, reich, mischtyp und nodulärsklerosierend, bessere Prognose lymfozytenreiche Form – Das fragt er gerne!), dann Ann Harbor Klassifikation (I -1 Lymphknotenstation, II - mehr als 1 LK- Station aber nur einerseits des Zwerchfells, III - LK-Stationen oberhalb und unterhalb des Zwerchfells, IV- Organbefall). Wie therapiert man das? Ich habe nur das ABVD Schema gewusst, er sagte mir über eine zusätliche CHOP Schema, und noch andere, ich habe diese nicht gewusst, aber das ist Facharzt-Wissen, das hat er auch danach gesagt, und sagte danach das ABVD ist auch sehr gute Antwort und was sie bedeutet → Adriamycin, Bleomycin, Vincrystin, Dexorubicin. Weiter Patient mit Schmerzen im Oberbauch mit wanderung in Fossa iliaca rechts – Apendizitis, Fragen, viele viele Fragen mit Klinische Untersuchung, DD, Labor(also man muss hier alles wissen), hat mir 2 Echos gezeigt (querschnitt und langsachse), ich habe ihm erklärt über nicht komprimierende mit verdickte Wände Apendizes, also Diagnose wurde gesichert, und was macht mann weiter – OP offen oder laparoskopisch. Und er hat mich hier weiter zur Frau Dr. Heverhagen gegeben (immer war sehr spaßlich und net, hat auch spaß mit latinische Nomenklatur und Amerikanische Nomenklatur 🙂))) ich kann ihn nur loben)

Fr Dr. Anna Heverhagen (vieleicht ist sehr gut dass sie gekommen ist. Sie war sehr kollegial, freundlich)

Also wie operriert man offen und laparokopisch, Anatomie und operatorische Zeiten (Haut, Subkutan, Faszie, stumpfe durchtrennung von Muskeln, Fascia transversalis- + Peritoneum aufmachen, Appendices auffinden, Mesenterium klippen oder mit Ligasure durchtrennen oder andere möglichkeiten, klippen am Appendices Basis und abschneiden, und wieder alle Schichte zunähen). Wie opperiert man laparoscopisch. Wo führt man die Troakaren ein (1. Subombilikal, 2 fosa iliaca rechts 3. links). Vorteile und Nachteile von offenen und laparoskopischen Eingriff (kosmetisch, geringe Krankenhausaufenthalt, wenige Infection/Seroma, kleine Narbe, bei Adipositas-Patienten). Wie opperiert man einen jungen schlanken Patient mit festgestellte Lokalisation des Apendices -→offen (Schnitt kann 1,5-2 cm sein, also sehr kosmetisch und kein vorteil von Laparoskopie hier, trotztem ich habe erwägen dass hier schwieriger ein Meckel-Divertikel zu finden wäre. Sie war einverstanden aber meinte dass hier die Diagnose wurde gesichert.) Weiter fragen, über Patienten mit höhem Kalium, Parathormon? → erhöht -→Hyperparathyreoidismus, primär. Welche formen, Unterschied. Wie viele Nebenschilddrüse, wie operriert mann (Kocher Kragen)? Wass muss der Patient wissen (Laryngeus Parese). Was noch? Es ging um die Anatomie von Parathyroiden. Hier in diesen erzählten Fall hatte der Patient eine vergrößerung im linken unteren Bereich → die obere Nebenschilddrüse kann sich wegen der Druck von Gefässe nach unten Projezieren deswegen den Patienten erklären dass intraoperativ die Entscheidung über die Entfernung kann sich ändern. DD zwischen des Adenoms der Thyreoide und der Nebenschilddrüse → US/Szintigraphie. Hier ist Dr. Printz in der Frage eingetreten und fragte wie nennt mann die Szintigrafie der Nebenschilddrüse. Ich habe spaßlich geantwortet, dass man nennt sie Nebennschilddrüseszintigraphie. Alle haben tot gelacht. Dann er hat mir ein name gesagt und meiner Meinung nach die andere Prüfer wussten auch nicht diese Nomenklatur. Und was ist noch wichtig? -→ Neuromonitoring. Wie? -→ Nadel + Oszillograph. Dann hat sie Herrn Dr. Printz gefragt ob sie zeit noch hat? Er sagte - noch 5 Min. Es ging weiter. Man, relativ jung mit Vorwölbung in der rechten Leiste. -> gepresst/ Gewichte gehoben? -> Ja. Schmerzen? -> im Moment nicht. Inguinal Hernie. Untersuchung des äußeren inguinalen Ringen. Wie? Von Skrotum nach oben und in Richtung der Spina iliaca anterius superius. Größe mit dem kleinen Finger messen. Hier soll man dem Patienten pressen oder husten befehlen. Was noch? US des inguinalen Kanals. Was macht mann? Operiert. Gleich? Bei Inkarzeration schon, aber der Patient hat keine Schmerzen, deswegen kann man ihn elektiv operieren. Wann dann? In 1-2

Woche. Was soll der Patient wissen? Inkarzerierung möglich, deswegen beim Auftreten von Schmerzen unbedingt sofort ins Klinikum kommen. Wie operiert man diese Hernie? Tension-Free Procedere (Offen -> Lichtenstein, Endoskopisch -> TEPP, TAP), under Tension (Shouldice), das Prinzip ist die Wiederherstellung der Stärke des hinteren Wands des Abdomens. Welche Methode ist besser? Tension-Free Methoden haben viel weniger Rezidivrate.

Dr. Gerd Appel (höchst freundlich und hilfreich. Hat überall unterstützt mit Fragen die mich zum richtigen Antwort gebracht haben.)

Frage… Kommt eine junge Patientin zu Ihnen, 28 J, klagt über Herzrasen und ist sehr aggitiert, was machen Sie? -→ TSH? ---Norm. RR/HF?-→ Norm, Struma vergrösert? -→ nein, Phäokromozytom? Hier meinte er dass das auch wahrscheinlich wäre aber er möchte etwas anderes wissen. Dann ich habe mich orrientiert in Richtung der Hyperthyreose im Anfangsstadium einer Hashimoto und De Quervain. Ursache? 90% autoimun. Welche Antikörper bestimmen? TPO, TAK -→ Was ist das? Erklärung. Wo unterscheidet sich De Quervain von Hashimoto? Worüber klagt die Patientin? Ich war hier nicht sicher und reagierte, wenn Patientin klagt, dann -→ Schmerzen -→ Richtig. Was sehen Sie höchsttypisch in Labor, natürlich EW weil de Quervain ist ein Entzündliches Prozess. Er hat gefragt was ist sehr Typisch, etwas dass man seit längem macht? Ich habe ihm gesagt CRP un BSG. Er wollte unbedingt BSG, weil danach hier noch eine andere Frage kam. Wo sieht man noch spezifisch erhöhte BSG -→ Plasmozytom. Wo noch? Alte Leute mit etwas derbes in richtung der Temporalis-Zone zu tasten? -→ Arteriitis Temporalis bei Polymyalgia rheumatica. Er hat sich sehr gefreut. Aber dann gesagt → Sie haben alles bis jetzt sehr richtig beantwortet, aber die Patientin hat das alles leider nicht, und gelacht, und gab mir dann ein EKG -→ ich habe gleich Delta Welle mit negatives T gesehen und erklärt, dass das ein WPW ist und warum. Sie haben hier alle Spass gemacht. Jemand sagte, dass als Herzchirurg ich musste das wissen, aber seine Meinung war umstritten, in der Richtung, dass ich konnte das nich unbedingt wissen, weil es mehr ein Kardiologe wissen sollte. Printz ist sogar aufgestanden den WPW zu sehen 🙂)). Er hate noch ein Paar EKGs dahinten versteckt gehabt dass er wahrscheinlich mir gegeben hätte aber ich glaube er hat nach meiner schnellen Antwort seine Meinung geändert. Die nächste wäre dann ein kompletter LSB, aber er hat mich darüber nicht gefragt. Demnächst stellte er nächste Frage, wie therapiert man das? -> Ajmalin Mittel der 1. Wahl - richtig. In Klinikum gibt es selten. Alternative? Amiodaron. Was ist die Ursache? Kent-Bündel orthodrome/antedrome Stimulation und kreisende Erreger. Wie therapiert man das definitiv? Ablation des Kent-Bundels. Danach sagte, dass die Patientin die definitive Therapie abgelehnt hat, weil Sie noch jung war und die Symptomen nicht so oft auftraten.
Nächster Fall. Kommt erneut zu Ihnen eine Junge Patientin, auch 28 J. Sie sieht sehr krank, schwitzend. Was machen Sie? Fieber? -→ 39,5, SchockIndex?-→ Noch nicht pathologisch? Dann dachte ich.. junge… Patientin… Anatomie… Sepsis Zeichen… Also Pyelonephritis. Was ist in Urin zu sehen? Er hat gelacht und geantwortet Mikrohämaturie und Leukos. Klopfschall? positiv rechts. Also Diagnose fast gesichert. Echo? Nierenstau Grad IV. Welche Komplikationen? Nierenabszess und Urosepsis. Was machen Sie in Praxis? Zugang und Infusionen + Buscopan + Analgetika? Welche liber? NSAR? Welche? Paracetamol + Metamizol. Dosis? 1g. Was macht Metamizol und ist hier nicht erwünscht? Hypotonie… deswegen hier bei Sepsis nicht der Fall. Urosepsis wie ist für das leben? Höchst lebensbedrohlich.

Sie waren sehr zufrieden, haben mir gesagt kurz draußen zu warten, nach eine halbe Minute haben sie mich drin wieder eingeladen, Hände geschuttelt und gratuliert.

Das war alles!

Viel Erfolg an alle!!!

P.S. falls ich mir noch etwas erinnere ich werde im Verlauf den Kommentar ergänzen.

تجربة خامسة

Die Kenntnissprüfung am 25. August 2017/ Marburg

Dem Prüfungsgremium gehörten an: Herr Prof. Dr. med. Peter Kaltwasser (Facharzt für Innere Medizin), Herr Dr. med. Christian Meyer (Facharzt für Chirurgie), Herr Uwe Hüttner (Facharzt für Allgemeinmedizin).

Herr Prof. Dr. med. Peter Kaltwasser (Facharzt für Innere Medizin):

Gespräch über den praktischen Fall: 25. jährige Pat. mit seit gestern angefangenen, starken Husten, Fiber und Abgeschlagenheit. Anamnese, körperliche Untersuchung, Auskultation an einer Puppe (feinblässige Rasselgeräusche, Bronchialatem), Pulsmessen, Blutdruckmessen bds., Labor, Sputum zur Bakterologie und Blutkultur. Anfangen mit einer antibiotischen Therapie (Amoxicillin 1000 mg 1-1-1), Paracetamol 500 mg 1-1-1, Minzöl 3-4x am Tag bei V.a. ambulant erworbene Pneumonie. DD: Bronchits. Körperliche Schonung, Flüssigkeit. Wiedervorstellung mit Röntgenaufnahme des Thorax zur klinischen Kontrolle.
RR 130/90, Puls 75, Atemfreuquenz 20, wohnt mit ihrem Mann: ambulante Behandlung (Prof. Kaltwasser würde stationär aber der Allgemeinmediziner fand mit schriftlichen Dokumetation der Kriterien/Argumentation und die Entscheidung der ambulante Behandlung besser).
Was könnte man noch Fragen? - Reise Anamnese!
Einteilung der Pneumonien? - Ambulant und nosokomial erworbene Pneumonien.
Wann sprechen wie über nosokomial erworbene Pneumanien? – frühesten nach 2 Tagen nach stationäre Behandlung im Krankenhaus
Sind die Pneumanien immer primär? -Nein, kann sekundäre P. sein.
Nach Verlausformen sind die Pneumoniem meist …? Typische Pneumonien.
Erregergruppe bei typischen Pneumonien? - bakteriel, viral und Pilze
Welche Erreger können Sie bei atypischen Pneumonien nennen? - Chlamydien, Mykoplasmen
Komplikationen? - respiratorische Insuffizienz, Erguss, Pleurempyem
Therapie? – Amoxicillin/ Clavulansäure oder Ceftriaxon
Profilaktische Maßnahmen? -Pneumokokkenimpfung, alle 5 Jahre

Labor:
Hb: 10,5 MCV und MCHC im Normbereich
Leukozyten 46000
Lymphozyten 90 %
Retikulozyten 2%
Monozyten 1 %
Was können Sie über dieses Labor sagen? Definieren Sie bitte
Hb erniedrigt_ Anämie, MCH und MCHC im Normbereich also: normochrome normozytäre Anämie.
Sehr gute Definition… Was denken Sie über Leukozyten? Kann diese Wert bei einer Patientin mit Pneumonie vorkommen? – Prinzipiel könnte sein, bei P. Leukozytose. Aber in diesem Fall 46000 extrem hoch, würde ich nicht erwarten.
Was sehen Sie noch? – Lymphozytose
Was denken Sie jetzt? – (Ich wusste, dass Hämatologie, Onkologie ist Schwerpunk von Prof. Kaltwasser) – Leukomie
Welche Leukomieformen kennen Sie? - akut, chronisch, myeloische und lympatische
Diagnose? - akute lymphatische Leukämie
Nein !!!- chronische lymphatische Leukämie
Klinik bei ALL? Komplikationen? Therapie? Prognose?

Wo kann man Lyphmknoten tasten?
Hodgkin-Lymphom? Erzählen Sie, was ist das? Stagingprinzip? Therapie müssen Sie nicht wissen

Herr Dr. med. Christian Meyer (Facharzt für Chirurgie):

Sie haben die junge Patientin bei Pneumonie behandelt. Sie kommt heute wieder mit 40 C Temperatur, Dyspnoe. Rö-Thorax: - deutlich Pleuraerguss
Was machen Sie weiter? – Sonografie
2000 ml Eguss/ Was machen Sie im Praxis? - stationäre Einweisung zum Einlegen einer Thoraxdrainage
Nein!!! Erst Pleurapunktion dan Drainage!
Wie legt man eine Thoraxdrainage? - Alles über Technik und Verlaufskontrolle
Bei Rezidiv? - OP, Pleurodese mit Talkum

Der 60 jähriger Patient kommt mit Blut im Stuhlgang. Vorgehen? – Anamnese, Klinische Untersuchung, Diagnostik usw……. Alles unauffällig bis auf Tumor im Zökum, keine Metastasen, Staging: T1NoMo
Therapie? - operativ, kurative Behandlung-Operation? - Entfernung von Zökum, Colon Ascendes und rechten Flexur.
Arterielle Versorgung des Colons? Sagen Sie nur wichtigste Arterien für diese Operation? - A.ilocolica, A.colica dextra und A. colica media
Wenn Sie sagen können warum auch rechte Flexur mitresezieren bestehen Sie die Prüfung? : - A. colica media versorgt Colon ascendes und rechte Flexur.
Aber warum ist wichtig? - Lymphknoten befinden sich entlang der Arterien, muss man mit resezieren. Deswegen vielleicht wichtig
Nicht vielleicht, 100 % aber sehr gute Antwort
Pat. mit plötzlich einsetzende sehr starke Schmerzen im Bereich des Beins, Haut blass und kühl. Was machen Sie zuerst? - Pulse tasten
Femoralis pulse nicht Tastbar. Diagnose? - akuter Arterienverschluss, Notfall_ Embolektomie
Bei der Pat. wurde Embolektomie durchgeführt und am 6. Tag postoperativ geschwollene, schmerzhafte Bein. Verdacht Diagnose? - Kompartmentsyndrom
Was müssen wir machen? - Fasziotomie
Welche Muskellogen kennen Sie im Bereich der Unterschenkel? - Extensor- und Flexorenloge

Herr Uwe Hüttner (Facharzt für Allgemeinmedizin):

Angeborene Herzfehler
Kardiomyopathie
KHK Diagnostik
Prinzipen der Herzrhythmusstörungen
Vorhofflimmern, Einteilung, Diagnose, Therapie (keine EKG)
Altersvorsorge
Gesetzliche Vorsorge
Behandlung von Anämien
Arterielle Hypertonie, Definition, Einteilung, Therapie, Medikamentengruppe nur Namen ohne Dosis
Komplikationen der art. Hypertonie
Niereninsuffizienz
(Herr Hüttner hat sehr schnell die Themen gewechselt über Vieles gefragt aber nicht tief. Mann musste nicht lange reden, sondern direkte Antwort von bestimmten Frage, außerdem Art. Hypertonie- alles über Art. Hypertonie)

Ich wünsche an allen viel Erfolg

تجربة سادسة

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich habe am 25.08.2017 in Marburg die Prüfung bestanden.
Kommission:
Hr. Ahmed Akinci (Innere),
Hr. Prof. Ernst Hanisch (Chirurgie),
Hr. Christoph Oberwittler (Neurologie)

Bei dem praktischen Prüfungsteil war ein Patient mit Polineuropathie aufgrund von Alkoholismus (Taubheit, Gribbelgefühl in den Beinen, 10 Flaschen Bier abends).
Danach hat man 30 Minuten Zeit, einen Arztbrief zu schreiben.

Mündlicher Teil:
Zuerst Neurologie: Fremdreflexe, warum heißen sie „Fremd" (Reflexantwort erfolgt nicht im reizwahrnehmenden Organ), Dermatom für Bauchreflexe prüfen (Th6-12)
welche Arten von Demenz gibt es,
ein Patient mit Sehstörung eines Auges seit 2-3 Wochen, welche Diagnose, ich habe gesagt das ist ein Verschluss der Arterie Ophtalmica oder Arterie Centralis Retinae-Amaurosis Fudax oder eine Kompression eines Tumors. Er fragt: und noch ...? eine Läsion der Arterie Ophtalmica. Wie

geht Arterie Ophtalmica im Gehirn? Welche Ursachengibt es noch? Diagnostik? (CT, Antikörper des Liquors). Normales Liquor?.
Dann bekomme ich eine CT des Patienten mit Multiple Sklerose. Beschreiben. Wo sehen Sie Veränderungen? Wo können diese Veränderungen meistens auftreten? (periventrikulär). Weiter noch eine CT. Was ist es? Welche Methode? Beschreiben. Es war ein Tumor. Ist er gutartig oder maligne? Der Tumor war scharf begrenzt und peripher. Der Tumor war gutartig, Meningiom. Wie werden Sie therapieren? OP. Was werden Sie dem Patienten bis zur OP verbieten? (nicht mit dem Auto fahren). Dann eine Frage über Myasthenie Gravis.
In der Aufnahme wurde ein Patient mit Krämpfen (seit 10 Minuten, neben dem Supermarkt) eingeliefert. Was ist mit ihm passiert? Diagnose? Warum passiert es neben dem Supermarkt? (vielleicht alkoholtoxisch? Prüfer möchte noch andere Ursachen hören – und ???)
Die Besprechung war sehr stressig.

Innere: Gastrointestinale Blutungen (viele Fragen, keine Besonderheiten). Die Blutwerte des Patienten (aus dem praktischen Teil) – ALT und GGT hoch), Schilddrüsenwerte des anderen Patienten (TSH hoch, fD4 niedrig – Hypothyreose). Wie sieht Hypothyreose auf Sono aus? (verkleinert). Wie sieht die Leber des Alkoholikers auf Sono aus? (Fett in der Leber – Weiß). Ich bekam eine Röntgenaufnahme des Thorax. Was sehen Sie? Beschreiben. Es war Pneumonie rechts. Alte Patientin. Ambul. Der Erreger? (Pneumokokke). Wie werden Sie therapieren? (Ampicillini mit Clavulansäure). Es geht der Patientin in 3-4 Tagen nicht besser. Was werden Sie weitermachen? (stat. Behandlung, Antibiotika alle 12 Stunden, zusätzlich Claritromicin – Verdacht auf Mikoplasma).

Chirurgie: Definition der Sepsis, Akutes Abdomens. Ursache ak. Abdomens. Ursache Perforation. Fall – junger Mann + Röntgenogramm. Beschreiben? Klinik? Labor? Pathogenese? Therapie? (es war Spannungspneumothorax). Welche Drainage weiss ich? Die Zeichen akuter Appendizitis?

Die Prüfung war sehr gut organisiert. Ich hatte auf die Prüfung 8 Monate gewartet. Ich habe viele Bücher und „Amboss“ benutzt.
Ich wünsche Euch Allen viel Erfolg!!!

تجربة سابعة

Guten Tag alle zusammen . Ich habe die Kenntnisse Prüfung am 19/5 in Marburg bestanden.



Mündlich :
1) Chirurgie:
*Schaufensterkrankheit : diagnose, fontaine einteilung , therapie stadium 2b. Patient will keine op ,was machen wir ? Gehtraining , was macht gehtraining ? Kollateralabbildung.
* Akutes Abdomen : nennen sie abdominelle ursachen (10 ursachen) , jede ursache eine frage , 2 Röntgen abdomen bilder gezeigt, eine mit Spiegelung , das andere mit freie luft. Was ist die Ursache? Perforation sigma divertikulum. Behandlung? Sigmoidektomie. Was sollen Sie währen der Aufklärung des Patienten erklären?? Die Risiko der Operation und doe notwendegkeit der "kolostomie". Der Patient kommt um 22 Uhr & der Chirurg kommt um 7 Uhr morgens , was machen Sie? Das ist ein Notfall , Patient darf nicht warten!

2) Innere Medizin :
*pneumonie : (patient 70 jahre , hoch fieber , gelbich aufwurf) Errger , diagnose , hat mir ein Röntgen Bild gezeigt (lobar pneumonie) , Therapie.
*Mikrozytären , hypochromen Anämie , was bedeutet? Ursachen? Diagnose? Thalassemia major & minor. Therapie ? Pathologie ? Prognose?
* NSAID : nennen sie namen ? Ulkus Mechanismus??

3) Neurologie:
*BPPV: parhophysiologie, DD?
* Patient Mittelalter, Auge komplett blind für 10 Minuten dann wieder normal , ursache ? ich habe gefragt , hat der Krämpfe, Kopfschmerzen, hypertonie , Diabetes?? Nein.
Meine Antwort TIA. , Ursache in diesem Patient? Carotis stenose. Er hat mir MR Angeographie gezeigt, was ist das?? Zeig mir die Gefäße, wo ist die stenose? Therapie???
Und es gab auch viele andere fragen inzwischen , ihr müsst nicht alle Fragen beantworten, aber mindestens 75%
Bücher : Die 50 wichtegsten Fälle (Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie) & Protokolen

Lernen dauer : genau 5 Wochen
Viel Erfolg 💕.

تجربة ثامنة:

GWP marburg Juni 2017 (bestanden erste Versuch)
Teil 1 20 minuten schauspielpatient gezielte Anamnese Untersuchung Gespräch ggf labor
Teil 2 30 minuten brief schreiben man kan mehr zeit haben
Teil 3 60 minuten 3 Prüfer mundlich

Fall alle 4 falle warn allgemeinarzt Praxis 4 Gruppe 12 Leute
1. Retrosternal schmerz
2. Rucken sz
3. Nacken sz
Mein Pt akute leisten schmerz pt gab HW wenn ich richtig oder falshe richtung war! hat nach spaziern akute sz gespürt vom leiste bis knie keine trama/schwellung neurologich ok lasegue neg bei med rotation huft etwas tut weh labor sagte ich sono Ro ggf waren kein ich hate gesagt ich sehe keine zeichen Leistenbruch oder BS vorfall oder huft trauma am ehestens ist nür muskel riss
andere leute haben leistenbruch diagosiert

Mundlich ganz freundlich n bekeum hatten mein lebenslauf und habe kurz beruflich errahrung und Vorstellung
Prüfer haben mir zuerst gelobt für 1 teil also wichtig war nicht diagnosis richtig vorgehen und damit war mein mündlich teil erleichtert 🙂 jede Prüfer 20 min prüft

Innere fangt mit hygiene principle (lobt mir ich hate 3 mal hande disinfiziert und warum habe geklart)
2 Rö ap lat thorax 50j frau obese mit husten feber war klar pneumonie also wichtig systemetisch Rö befunden
F was will ich untersuchen
A ich habe erwähnt alle 100 sachen was man in first look guckt ohne Lungen Auskultation Prüfer was sehr glücklich jedes mal gelobt ggf gibt Hinweiss damit stress weg diagnosis pneumonie welche AB (augmentan/klacid n warum n welche pt) dann zeigte labor crp hoch weiter ddimer positiv dd LE ich sagte ich brauche weiter info risiko hoch dann ct und vor ct welche Untersuchung gibt HW echo EKG (RV dys)
dann weiter labor TSH 150 trak _ TAK MAK + hasimoto sono befund und therapie wieviel Lthyroxin
Dann gleiche fall in 2 tagen schlecht dd reistant keime oder psudomonas antibiotika (mero)

Allgemein zeigte 2 bilder plus pharma etc
1.Herpes zooster opthalmic region diagnosis 2 komplikation was will ich gucken (augenarzt muss) therapie nebenwirkung Acyclovir sowie neuroleptika n WHO Schmerztherapie stufen n opoid pharkokinetic/ kurve (war ich jetzt gestresst aber gibt HW lobt)
2 2 bild toilet mit alte frau tot gefunden klinish arm rigid was will ich tun ich sagte dass ist sicher zeichen tod ich soll leichensxhein ausfullen ursache unsicher und tot zeichen sicher sagte was noch (polizei anrufen nicht aufraumen) polizei sagte oh dr sie war terminal krank bitte natürlich tod ankreuzen (nein kein fall ich kenne ihr nicht)

Alg chirug (wusste ich habe kein Chirurgie Erfahrung oder Interesse 🙂damit war nicht so tief fragen) sagte jetzt schwierigste teil 🙂) ich sagte dann erst will ich wasser trinken 🙂 bitte je nachdem Stimme (mein war wie gesagt von Anfang freundlich stimme n ich habe mehr gequatscht und langsam und klar Sätze also systematisch immer damit er weniger fragen zeit 😉 fangt welche chirurgisch patient wir sehen häufig (also in pädiatrie) Akute abdomen hoden torsion app invagination fragte Appendicitis alles n diganosis dann ct n mrt nach teile sagte 10 pt sterben in welt in MRT warum!! (Nicht anesthesie nicht kontrast allergie sondern mettal in körper oder zimmer!!!)
alle vorteil laproskopie (wollte vor allem narben hernie wissen) wie viel % (30% sagte selber) erkrarte dass ist größte thema warum soll man laproskopie fragte basic was was narbe wie bilder

und warum narbenbruch
Was ist neo adjuvant chemo ob gibt noch was neoadjuvant (radio)
welche tumor soll neoadjuvant chemo (ich hate vorher bewuust wilms gesgagt alle Prüfer lachen tot dass ich möchte unbedingt Pädiatrie;) der sagte ja richtig aber was noch wichtig dannaagte ich rektum und osophagus ca)

Also insgesamt war draußen viel stress Leute mit 100 Bücher n nach erste teil mit einander reden unsicher ob rightig gemacht !! Mein vorschalg bitte moglich kein Bücher am Prufungtag moglich in zwichen draußen frische luft wasser n stressfrei sein egal ob was Prüfer versuchen selbt dass sie bestehen n bitte unbedigt systemish in jede teil
Viel viel erfolg m bitte alle bestanden oder nicht protokolle in eine von 3 uni in hessen abgeben

تجربة تاسعة:

Prüfung in Marburg: Allgemein Medizin, Innere und Chirurgie.
Mein Fall war GERD(junge Frau, raucht, hat brennende retrosternale Schmerzen. Im Blut waren CRP und BSG erhöht).
Mündlicher Teil (1 Stunde)
1.Allgemein:
- Foto mit Unterschenkelödem: DD etc.
- Hitzenschlag und Sonnenstich.
2.Chirurgie
- häufigste Fraktu- Rö-Bild , Typ? Klassifikation. Therapievorschlag. Ostheosynthese? Konservative Therapie möglich?
- Schluckbeschwerden-Schilddrüse-Ca- latente und manifeste Hypothyreose- Arterien der Schilddrüse.
3. Innere- DD retrosternale Schmerzen. Rö mit einer Huatushernie. Anämien. Blutbild mit Anämie und Panzytopenie- DD(ich habe an Plasmozytom gedacht-->>was Sie über Plasmozytom wiessen?)
Andere Kollegen:
Hauttumoren, Impfugen für 65 -jährigen Mann. Aktive und passive Impfungen. Colon-Ca, Pankreas-Ca, pAVK. MI, VHF, gutartige Lebertumoren(DD), LE.

Prüfung
22.11.16 Rostock(Mecklenburg Vorpommern)

Mein Pat.: ch. NI, anurisch, dialysepflichtig, Nierentransplantiert 2011, Magenkarzinom 2015. plötzlich T- bis 39°, DS T×Nierenregion. mit V.a. Transplantatinfektion war auf Nephro. aufgenommen. Im MV vor eine Wo. war eine AS 3. Grades (KÖF 0,71) ganz neu diagnostiziert. Man hatte Sistolikum, Strömungsgeräusche über dem a.Cart. int. gehört. TAVI ist vorgesehen. Die haben mir den Pat. und seine Akte gegeben. Sollte den Pat. untersuchen, danach Artzbrief schreiben. Anamnese, status pres., Verlauf, im Aufenthalt seit 31.10. soll man alles von der Akte rauskriegen was im Verlauf gemacht worden ist (durchgeführte Unters., Labor Befunde, ganze Th. usw.) was noch geplannt ist, weitere Empfehlungen. Also Arztbrief halt.
Ordnlich geschriebene Arztbrief bringt schöne pos. Punkte.
Als ich mit dem Brief Schreiben fertig war, gingen wir mit 2 Prüfer und Vorsitzender zum Pat.. Da werden immer fragen gestellt, die du teilweise zeigen , und auch mündlich einfachso antworten sollst. Na soll man nicht, aber wäre schön, dass man das kann Bei mir hat diese Teil 65 Minuten gedauert. Hatte durchgeschwitzt!
- Fangen Sie bitte mit der Abd. Untersuchung an. Was können Sie bei Inspektion sehen, worauf achten Sie? Aszitis, Peritonitis, was sehen Sie da, wie Untersuchen Sie? Was kann eine pulsierende Tumor im Bauch sein? Was kann eine Schwellung im UB sein, von Leistenhernie alles mögliches war gefragt. Wie untersuchen Sie Milz? Wann Milz wann Leber vergrößert? Herz Untersuchung zeigen Sie mir bitte Ausk. Punkte. Sie haben im Brief geschrieben dass Sie Sistolikum gehört haben, ich gratuliere Sie das ist nicht einfach. Aber sagen Sie bitte wie sind Sie drauf gekommen das eine Sist. ist? - Abhören gleichzeitig mit Pulstasten habe ich gemacht. Vorallem Pat. hat einen Dialyse Shunt war einen Geschenk für mich zum Pulse tasten (Haben alle gelacht :D)
Trombosozeichen. Zeigen Sie mir Peyer meyer Homann Test, wie messen Sie bein Umfang bei Trombose. Unterschied Art. Und Ven. Verschluss.
Was ist Allentest? Zeigen Sie beim Pat.
Sie sind im Schockraum Notarzt bringt beatmete Pat. Mottorad Unfal. Von A bis Z erzählen was sie achten kontrollieren dringend Untersuchen sollen. Wie stellen Sie Beckenfraktur ohne Rö., Zeigen Sie beim Pat. Kommt Blut aus dem Ohr Nase was denken Sie was machen Sie?
Lymphknoten untersuchung. Was hat vergrößerte supraclvikuläre li. Lymphknoten besonders zu bedeuten? Wie heißen die?
Wie prüfen Sie Gelenkbeweglichkeit? was ist Neutral-Null Methode?
Was sind die Pyramidenbahnzeichen? Zeigen Sie bitte die- Babinski, Rossolimo, Gordon.
Appendizitis Zeichen, DD re. UB Schmerzen.
Was sollen sie bei Mundhöhlenuntersuchung achten. Was ist leukoplakie was sehen Sie da?
Waren noch andere Kleinigkeiten aber hab leider nicht alles im Kopf.
######
Theor. Teil.:
Innere:
Haben gleich EKG gegeben. Was sehen Sie da. War AV Block Wenckebach.
MI 60 jährige Manns Frau angerufen Sie sind Notarzt. Sagt dass ihr Mann stirbt kommen sofort! Was sollen Sie bei Anamnese alles fragen? Ehepaar haben Abenbrot gegessen danach der hat bisschen Gartenarbeit gemacht denn die sind ins Bett gegangen und etwa 1 Stunde danach Schmerzsymptomatik aufgetretten. Prüfer wollte wissen wieso??? Was hat diese Reinfolge zu bedeuten. Pat.hat mit seiner Frau Sex gemacht-> Körp. Belastung für ihn. :D MONA Th. Alle Medikamenten genau Dosis bei MONA Th. Was noch zusätzlich zu ASS -> Clopidogrel. EKG -STEMI
Notaufnahme- Bewustlose Pat. Ursachen! Alle mögliche Koma Typen, was ist für Meck-Pom Typisch? Alkohol!!))) denn wie behandeln Sie? Was kontrollieren Sie regelmäßig dabei?

Sofortmassnahmen bei Hyper/Hypoglyk.
Was bedeutet Diabetes Mellitus? Was ist Typ 1? Pathophsiol. vom Typ 2.
Was bedeutet Claudicacio intermittens? Wie entscheiden Sie welche art. Verschluss ohne Angio?
Was ist wenn sie A. Femoralis nicht tasten? Biffurkation Verschluss. Was ist wenn Sie a. Poplitea tasten aber dors. Pedis nicht ?- welche häufigste lokalisation? tibiafibulare Gabel Bereich!
ERCP Bild- Gallenwegkarzinom
Rö.Bild Ösophagus Stenose. Ursachen? Welche Ösoph.
motalitätstörng?Behandlung Achalasie
Rö.Bild Tuberkulose- Streuungsformen? Therapie.
Malaria- sagen Sie mir nur Tharapie bitte.
####
Chirurgie:
Distale Ösophagus Karzinom- Metastasen.
Wann ist gut operabel wann ist schlecht?
Rö.Bild Ileus- was ist häufigste Ileus beim Kindern?
Rö.Bild Spanungspneumothorax. Was ist Tiegel Ventil? Welche Thoraxdrainage gefährlicher ist und warum?
Kolonkarzinom- Metastasen, Therapie
Leistenhernie- Formen, Therapie, Th. Ziele?.
Kreuzbandruptur- Klinische Zeichen, kennen Sie unhappy Triad?
DD Morbus Crohn und colitis Ulzerosa.
Organtransplantation: Typen, Therapie und prophylaxie der Organabstossung.

Die sind grosse Themen, die mich gefragt wurden. Aber gab's natürlich zwischendurch kleinigkieiten bzw. Fragen, die ich mich nicht erinnern ka



Ich habe am 27.06.2017 die Gleichwertigskeitprüfung in Rostock (MV) abgelegt und bestanden (zum erste Versuch)

Praktische Teil in Uniklinik:
Patient mit instabile Angina Pektoris, Stentimplantation, Diabetes Melitus typ 2.
1.Anamnese und Körperliche untersuchung, (wir hätten keine Anamnesebogen).
2.Entlassungsbrief.
3. Auf dem Patientbett: kurze Vorstellung und körperliche Untersuchungen.

Mundliche Teil in Ärztekammer:
Fragen von Innere, Chirurgie, Pharmakologie u.s.w.

Insgesammt Prüfung dauerte 10 Stunde mit 2 kurze Pause. Komission war sehr nett und die Prüfung ist machbar , aber man muss richtig gut vorbereiten



Gott sei dank
Ich habe vor letzte Woche die Kenntnisprüfung bestanden.
in Göttingen 05.2016 .
Kommission: Herr Dr. Steffen Kunsch Innere Medizin , Herr Dr. Alexander Beham Chirurgie , Frau Dr. Katharina von Hammerstein Chirurgie, sie waren alle sehr nett.

wir als Prüferlinge waren drei, wir haben Anamnesebogen bekommen, Herr Kunsch hat über Verlauf die Prüfung uns erklärt, es wurde uns gesagt, dass es kein viel Zeit für Untersuchung gibt, sie werden die Untersuchung beeinflussen, das heißt, kein komplett Untersuchung erforderlich.
Frau Hammerstein war mit mir währende die Anamnese und die Untersuchung, mein Fall war Lungenkarzinom, die Anamnese war unkompliziert und hat c.a 15 min. gebraucht, dann hat frau Hammerstein von mir nur Abdomen und Lungenuntersuchung gefragt.......der Patient und sie waren sehr nett.

Mündlichprüfung ich war die zweite: Vorstellung mein Fall: D.D bei ch. reiz Husten(die war Symptom in der Fall) , Ursachen ein Lungenkarzinom, Diagnostik Verfahren. andere Themen; 50 J. Mann kommt zu Notaufnahme mit Brustschmerzen, D.D. als ich MI gesagt, hat Herr Kunsch mir gefragt, wenn der pt. hat keine erhöhte Kardiakenzym und normal EKG, ist ein MI ausgeschloßen; ich; Nein. was machen Sie, ich habe gesagt koronarangiographie er meinte wir sind in Notaufnahme, was machen Sie, er meinet wir sollen 6 Stunden warten dann wiederholen der Kardiakenzym, dann über MI Behandlung geschprochen. lungenemboli wann wird schwer und Lebensbedrohlich(Stadium 3 und 4). alte Frau kommt zu Notaufnahme, sie hat heute Morgen stark Bauchschmerzen, der in verlauf verschwunden ist , dann hat sich jetzt wiederholt. D.D. Mesentrialinfarkt, Stadium und Begrundung.

Bücher Frage und Antwort Chirurgie und Innermedizin ergänzend mit Fallbuch in beide Bereichen.
Last minute Pharmakologie
Amboss für Untersuchungen und für Rechtsmedizin
Strahlenschütz als Pdff.

Viel Erfolg تمنياتي للجميع بالنجاح

Hallo zusammen,
Ich habe die Prüfung in Askelepios Klinik in Seesen gemacht.
Die Prüfer waren: Prof. Ortlepp(Chef der Kardiologie) , Dr. Rittmeyer (Chef der Chirurgie. Und Dr. Batusich (Ltd. Oberarzt in der Gastroenterologie.
1- die Prüfern waren alle sehr nett.
2- mein Patient war aufgrund der V.a akutes Leberversagen stationär Aufgenommen. (bekannte Diagnosen: DM Typ II insulinbedürftig, Herzinsuffizien bei z.n Herzinfarkt, VHF, mitralklappen insuffizienz und pulmonale Hypertonie, Schrittmacher Imp), PAVK li mit DES Stent imp. , z.n Unterschenkelamputation rechts. Chronische Niereninsufgizienz. Sehstörungen (Sehrtärke 3% re, li Blind). Diabetisches Fußsyndrom
3- bei Körperlicher Untersuchung musste ich besonders die Sehnenreflexe überprüfen und periphere Pulse Nachtasten.
4- angefangen mit Pat.Vorstellung, Fragen nach Diabetes mellitus(wie diagnosteziert man DM, besondere Frage nach orale glukose intoleranz Test, welche Type vom DM gebts, was ist der Unterschied. Was sind Komplikationen und genau über Koma diabeticum was ist Unterschied zwischen Typ I und II und wie behandelt man es.
5- was prüft man bei V.a akutes Leberversagen im Labor(Transaminase und Cholestase Parameter) was sind diese Parametern.
6- Chirurgie: was ist die Ursache der Amputation bei diesem Patient(pavk) , welche klassifikation gibts? Wie behandelt man das.
Diabetische Fuß: Therapie und Einteilung.
Was wissen Sie über Frakturen als internist(Ao- klassifikation) . Was ist Unterschied zwischen Frakturen bie Erwachsene und Kinder. Ab Wann stoppt der Wachstum bei Kinder,
Kann man bei Kindern die Frakturen ohne Therapie lassen? Ja, warum? Wegen selbst Korregieren.
• Ursache der Cholestase und wie unterscheidet man klinisch zwischen Lithiasis und Tumor (schmerzlose Ikterus)
7- kardio:
Pat kommt mit akuter Luftnot? Was machen Sie? Zu ende Lungenembolie, weiter? Klassifikation und wie behandelt mann es.
2 EKG(Av-Block II und welche mobitz(II), St Hebung in Ableitung III aund AVF, hinterwand infarkt
• warum hat man bei diesem Pat kein MRCP gemacht? (wegen Schrittmacher).
Was macht man um die Mobilität diesem Pat zu verbessern (Prothese und Hilfsmittel und Früh sowie Rehabilitation).
Es gab viele Röntgenbilder dabei aber ich bin nicht darüber gefragt.

Das wars 
War zu lang aber hauptsache die Prüfung bestanden.
Ich habe von folgenden Büchern gelernt:
•Herold Innere medizin
•Fallbuch (Innere + Chirurgie)
•Checkliste Innere
•Fragen und Antworte (Innere + Chirurgie)
•Strahlenschutz Zusammenfassung (von der Gruppe hier).
Von Youtube : medizinische Vedios.

Klinische Teil :

Ich habe eine Patientin mit Nabel Hernie .
Ich habe die Anamnese erhoben und die körperliche Untersuchung (alles sowie Hirnnerven und das Kleinhirnzeichen) gemacht .
....
Mündliche Teil:

Chirurgie :
• Alles bezüglich der hernie
Definition , Typen , die Symptome ,Risikofaktoren (mann muss alles sagen) .
• Was ist den Unterschied zwischen Herniotomie nach Shouldice und Lichtenstein
Und auch der Unterschied zwischen TAPP & TEP ?

Hier musste ich über die O.P genauer Technik und die Anatomie der Bauchwand & Komplikationen der O.P erzählen .
• Was ist die HiatusHernie , Typen, Unterschied, Wann muss man operieren ?
• Was finden Sie mit einr Hiatushernie Patient in Gästroskopie ? ⬇️
Cameron Ulkus und Blutung
• Aufklärung von Magenspiegelung , Wann muss mann mit dem Patient gesprochen ?
➡️(24 h vor dem Eingriff)
Was muss man genau sagen ?
(wie läuft, Komplikationen, Alternative, Unterschrift)
• Was ist die Fundoplikato , Typen , welcher Typ ist Besser?
• Welcher keim ist mit Crohn assoziiert ?
• NW von Azathioprin & Prednisolon
• Welche Chemotherapie bei Nieren Insuffizienz können nicht geben?
....
INNERE:
• was ist sinus sigmoid thrombosis ? Risikofaktoren, Behandlung?
Der Professor hat mir gefragt: Ein Patient mit 4 Wochen Sehstörungen !
Was werden Sie tun ?
Jede Diagnose mit sichere Diagnose Maßnahme nennen.
1. Körperliche Untersuchung (neuro)
Er hat mir gesagt: NORMAL
2. Fundoskopie (Warum ?) ▸ zum erhöhte intracranial Blutdruck Ausschließen
Auch Normal .
4.Hirnnerven Untersuchung Warum !!!
Gehirntumor ! Was machen sie ?
CT! Gut aber Können Sie eine CT bestellen ? Nein, Warum .. Ich habe keine Strahlungschutz Kurz gemacht.
Und auch Normal !!!
3. Blutdruck Untersuchung vielleicht HTN Krise (ich habe alles erzählt)
Normal !
4.DM !! Warum ! Unkontrolliert! Wie ▸ HBA1C
Was ist die Orale antidiabetike Medikamente kennen Sie (nur Namen) ?
Aber Nochmal NORMAL
Dann Alles Normal ? Schicken Sie der Patient zu Hause? Nein zum Augen Arzt
Welchen Augenuntersuchung gibt es ?
Die Gesichtsfelds, die Augenbeweglichkeit und vusisprüfung , die Augenstellung, Spaltlampe Untersuchung , Messung des Augeninnendrucks .
Hat gesagt wie !
(Ich wusste nicht) ➡️ das heißt Tonomerie
Hier gefragt über die D.D nochmal:
1.Glaukom (Die Behandlung)
2. Katarakt (Die Behandlung)
3. Retina detachment ...
4. neu Brielle 😂
Wie Behandlung Sie eine Retina Detachments ?

....
Die letzte war die Orthopäde

- Röntgen von distale Radiusfraktur
- wenn Konservative und wenn Operation?

Die Prüfer sind nett

Kenntnisprüfung - Niedersachsen

تجربة جديدة في النيدرزاكسن بدون ذكر اسم.. أنشرها كما وصلتني مع الشكر الجزيل لصاحب التجربة

Kenntnisprüfung Niedersachsen Rotenburg (Wümme) 18.08.2016:
Prüfungskommision: Heizmann, Wiese, Strauß.

1er Teil: Patient kam mit Gewichtsabnahme und Anämie. Letztes Aufenthalt vor 1 Woche in der ÖGD zeigte sich ein Ösophagus-CA, in tCT und aCT Lymphknoten-Befall paragastic und V. a. Lungenmetastasen. Der Patient ist jetzt wieder aufgenommen. Ich konnte nicht wissen warum, weil er nicht kooperativ war.
Also Akte durchlesen und Anamnese erheben 30min., Aufnahmebogen ausfühlen 30min.

2er Teil: Pat. Vorstellen, Ösophagus-CA Stadium?? Wieder aufgenommen zum Ausschluss Lungenmetastasen. welche Therapiemöglichkeiten??

20 jähriges Mädchen mit Durchfall. Stuhlprobe unaufällig. Coloskopie und Histologie M. Crohn. Welcher Keim ist mit Crohn assoziiert. Welche Therapiemöglichkeiten. Nebenwirkung Azathioprine und Cortison bei jungen Frauen.

25 jähriges Mädchen nach Tennisspielen starke Rückenschmerzen wie Messer zwischen beiden Schultern. Aortendissektion. Warum kann die Patientin sofort sterben? Was mussen sofort anschauen?? Sonographie: Herzbeuteltemponade. Therapie?

75 jähriger Mann kam in der Nacht mit starken Bachschmerzen. Bekanntes Vorhofflimmern ohne orale Antikoagulation. Diagnose: Darmischämie. Wie kann man die Diagnose sichern? CT-Abdomn mit KM: was sehen Sie hier? (ganz schwierig) Luft ider der Leber. Der Pat. Ist gestorben.

Der 2. Teil hat ca. 50min. gedauert und war die Prüfung wie eine ärztliche Diskution. Man muss zeigen, dass er orientiert ist, muss man nicht die ganze Fragen antworten. Die Ärzte sind ganz nett und haben viel geholfen. KEIN ARZT INTERESSIERT SICH DICH DURCHFALLEN ZU LASSEN.

Kenntnissprüfung in Göttingen in NDS

Die Prüfer:
1-Dr .Beham (allgemein Chirurgie)
2-Dr.Hammerstein (allgemein Chirurgie)
3-Dr.Schanz (innere Medizin-Hämatologie)

Datum : 30.11.2016
Anfang der Prüfung 10:30
Erster Teil
Ich habe Frau dr.Hammerstein begleitet
Ich mußte mein Patient (Anamnese-Körperliche Untersuchungen......) untersuchen.
Der Patient hatte spontanpneumothorax und wurde operativ versorgt.
Dann musste die Anamnese ausführlich aufgeschrieben werden .

Zweiter Teil 12:00

Dr.Hammerstein:
Frage : stellen Sie den Patienten vor !

Frage:was sind die Ursachen von Spontanpneumothorax ?
wie kann man behandeln ?
Wo muss Drainage gelegt werden?
Was muss vor OP gemacht werden ?(Aufklärung).......
Welche klinische sehen Sie bei Pneumothorax (hypersonor klopfschall ,abgeschwächte Atemgerüsche ..)
Wann muss Pneumothorax operativ versorgt werden ?
Wenn eine pleurektomie erfolgen,
Was wird passiert?

Dr.Schanz
Frage :Sie haben ein Patient mit Nasenbluten und 10000 Thrombozyten , was bedeutet das??thrombozytopenie .
Was sind die Ursachen von Thrombozytopenie?
Was ist das häufige Medikament ,das die thrombozytopenie auslösen kann ?Heparin
Was ist ITP ?? Was sind die Auslöser? Nach Virale Infektion und und bei Schwangerschaft.
Zu welcher Gruppe gehört ITP ?Autoimmunerkrankungen.
Was ist die Mechanismus von ITP ?Antikörper gegen Thrombozyten.
Wie kann man ITP behandeln ? Thrombozyten und Glukokortikoid e.Welche Steroide geben Sie und die Dosis ?Prednisolon 1 mg /kg .
Was sind die Nebenwirkungen von Steroide ?
Wenn der Patient mit ITP blutet was muss man geben ? Immunoglobulin.

Dr.Beham
Frage : ein Patient mit Spannungpneumothorax ,ist das gefährlich??Ja
Was sind die klinische Symptome ?Halsvenendtauung ,Mediastinumverschiebung ......
Warum stirbt man bei Spannungpneumothorax ? Schock
was sind Deferentialdiagnose von Brustschmerzem ?? Myokardinfarkt,Athma,LAE,......
was noch ??
ösophagusruptur
was heisst Syndrom ? Boerhav Syndrom.
Was sind die Ursachen von Ösophagusruptur ??
Was sind die klinische Zeichen ? Hautemphysem und Bluterbrechen nicht vergessen.
Wie kann man die Ruptur feststellen? CT-Thorax mit Wasser löslichen Km .
Was sieht man bei CT? Frei Luft im Mediastimum und Flüssigkeitansammlung .
Was ist die Therapie? Operative Versorgung.
Was ist wichtig vor OP ?Größe der Ruptur. Wie kann man feststellen? Hier muss man ÖGD .
Eine Patient wurde operiert, nach 5 Tage hat Luftnot , woran denken Sie ?Lungenembolie.
Ist das gefährlich? Ja ab Stadium 3.
Was ist die Ursache von LAE ?TVT .
Wie löst Thrombose eine LAE aus? Einschwemmung von Thrombus in Blutstrom und Verschluss eine pulmonale Arterien.
Was stellen Sie die Diagnose fest ?

BGA(HYPERVENTILATION) ,D-Dimmer .
Was noch wichtig? Echokardìgraphie (Rechtherzbelastung)
Wie Sichern die Diagnose?
CT-Thorax mit KM .

Frage : Der Patient mit LAE wurde behandelt, nach 8 Tagen hat er Thrombozytopenie,was ist die Ursache?? HIT .

Die Prüfer waren sehr nett .
Ich habe bestanden.
Die Bücher :
Fallbuch innere
Fallbuch Chirurgie
Deutsche für Ärzte und Ärztinnen
Klinikleitfaden (Hämatologie)

am 25.04.2017 habe ich die Gleichwertigkeitsprüfung in der Uniklinik-Göttingen abgelegt und Gott sei Dank bestanden.

Die Prüfer waren:
Prof. Dr. med. Schwörer (Gastroenterloge),
Priv.-Doz. Dr. König (Gastroenterloge),
Dr. Martin Friedrich (Thorax-, Herz-und Gefäßchirurg).

Erster Teil war die Anamnese und Patientenuntersuchung. Mein Patient hat Notfall Bypass-Operation bei NSTEMI gehabt.
(Leber Untersuchung, Alle Pulse und Kardiologische Untersuchung) mit Herrn Dr. Friedrich.

Danach kam die Besprechung. Erstmal habe ich den Patienten vorgestellt, dann hat Herr Dr. Friedrich über MI, KHK, Mesenterialinfarkt sowie Carotiden-Sklerose gefragt.
(Pathophysiologie ganz wichtig für Herrn Martin Friedrich)

Prof. Schwörer: Neben Wirkung von NSAR. und insbe. Ulkus, ÖGD- Aufklärung, Eradikationstherapie Helicobacter.

Dr. König hat mir ein Fallbeispiel erzählt: Pat. in CT hat über Luftnot geklagt und Behandlung von Anaphylaktischem Schock
mit ABCD-Schema und Dosis.



Ich habe die Prüfung letzte Woche in Göttingen bestanden
Die Kommission war Frau Dr. med. Julie Schanz (Innere), Herr Dr.Fritz Khal (Chirurgie) und Herr Dr.Alexander Emmert (Chirurgie).
Klinisch: Patientin mit Nebennierentumor, wichtig war die Bauchuntersuchung (Inspektion, Auskultation, oberflächliche u. tiefe Palpation), Palpation von allen Arterien, Anamneseerhebung und später Vorstellung mündlich.
Mündlich: Schmerzen im rechten Oberbauch, alle mögliche Ursachen, Ikterus (Cholezystolithiasis), Vorbereitung zur Cholezystektomie
Komplikationen nach antibiotischer Therapie. Pseudomembranöse Colitis, Erreger, Komplikationen. Andere Erkranrungen, wo Clostridien Erreger sind. (Tetanus und Botulismus).
Bluttransfusionen (genaues Vorgehen incl. Kreuzblutabnahme u. Blutgruppenbestimmung + Bed side test). Untreschied zwischen EK und Tromb. Konzentrat. Was kann man ohne Blutgruppenbestimung transfundieren und warum. Alle mögliche Komplikationen. Was passiert im Körper bei nicht richtiger Blutgruppenbestimmung. (Hämolyse-viel K und Zytokinen im Blut-Schock). Therapie.
Verbrauchskoagulopathie, Ursachen
Verbrennungen, Neunerregel nach Wallace, Schweregradeneinschätzung
LAE. Warum kann LAE gefährlich sein (Rechtsherzinsuff, später auch Linksherzinsuf, dann Globaleherzinsuf), Diagnostik.
Marcumar-Überdosierung. Was soll man geben. Keine Blutung – Konakion (wirkt langsam 1-2 Tage), bei Blutung -vit k abhängige Gerinnungsfaktoren (Präparat-PPSB). Welche Gerinnungsfaktoren sind Vit K-abhängig.
Auskultation von Herzklappen.
Bei anderem Kollege – Leistenhernien, Frakturen (ich weiß nicht was genau)
Ca. 60 Minuten hat die mündliche Prüfung gedauert, die Prüfer waren sehr sympathisch und hilfsbereit.



Approbationspüfung in Göttingen
Ich habe letzte Woche die Approbationspüfung in Göttingen abgelegt.

Die Prüfern waren Dr. Kunsch (Gastroenterologe), Dr. König (Gastroenterologe) und Dr. Kummert (Thoraxchirurg) .
Die Prüfung fing um 10:30 Uhr an. Dr. Kunsch hat uns über den Ablauf der Prüfung geklärt.

Ich habe Dr.Kummert begleitet (es ist so in Niedersachsen, dass man einen Arzt von einer anderen Fachrichtung begleitet "ich bin ein Internist")
Der Patient hat Lungenmetastasen bei bekanntem Nierenzellkarzinom. Ich hatte nur 30 Minuten für die Anamnese und die körperlische Untersuchung. Ich habe nur das Herzens auskultiert, dann wurde ich ein Paar Fragen gefragt (die klinische Zeichen der Appendizitis, Pankreatitis, Untersuchung der Leber), und habe ich die Akte gelesen und die Anamnesebogen ausgefühlt.

Der zweite Teil:
Ich habe den Patient nur vorgestellt, ohne eine einzige Frage über diesen Fall zu bekommen.
Dr. Kummert hat mir ein EKG gegeben. Es war eine VHF. Dann hat er alles über VHF gefragt (Komplikationen / OAK.......)
Dr. Kunsch: Patient mit zunehmender Müdigkeit DD
DD Anämie (Labor/ Ursachen/ Therapie/ Pathophysiology)
Dr.König: Patient mit Ekterus DD
Die Prüfern waren sehr nett



Sehr geehrte Kollegen und Kolleginnen, ich habe am 18.01.2016 meine Approbationsprüfung in Göttingen abgelegt und Gott sei Dank habe ich bestanden. Die Prüfungskommission bestand aus zwei Chirurgen (Dr. Alexander Beham und Dr. Alexander Emmert) und eine Internistin (Frau Dr. J.Schanz). Mein Fall war typischer Bronchialkarzinoid. Dr. Emmert hat mich bei der körperlichen Untersuchung gefragt, was ich unter Lungen höre, in welchem Punkt welche Klappe man besser hört und ich sollte noch die Appendizitiszeichen genau zeigen. Danach habe ich die Akte von der Patientin durchgeguckt und die Anamnesebogen ausgefüllt.

Hier sind die Fragen, die mir während des mündlichen Teils gestellt wurden:
Dr. Emmert - Dif.Diagnose für bronchial Karzinoid. Welche andere Lungenerkrankungen führen zur Gewichtsabnahme? Was ist COPD? Ursachen, Einteilung, Therapie. Was für ein Druck ist zwischen Pleuras im Vergleich mit dem atmosphärischen Druck. Ist der Druck beim Inspiration negativer oder positiver? Welche Lungenerkrankungen führen zur Inspirationsstörung? Kurz über jede Krankheit.

Frau Schanz- Die Patientin mit Müdigkeit, Kopfschmerzen und Schwindel, die nach Einnahme vom Medikament aufgetreten wurden. Was denken Sie? (Fragen welches Medikament? Ibuprofen. Vermutlich ein Magenulkus mit Blutung. Blutbild) Dann zeigte sie mir ein Blutbild (mikrozytäre mikrochrome Eisenmangelanämie). Hat ausführlich über die Eisenmangelanämie gefragt. Bluttransfusion, Indikationen, Komplikationen (Fieber nicht vergessen). Bei Gastroskopie ist das inaktiv blutende Ulkus sich gezeigt. Was muss man weiter machen? Wie behandelt man Ulkus, falls Helicobacter positiv ist. Was muss man noch ausschließen und was macht man dafür?

Dr. Beham - Der Patient mit Gewichtsabnahme und Rückenschmerzen. Was vermuten Sie? Welches Pankreaskarzinom gibt's. Wieviel Prozent tritt Pankreaskopf- und wieviel Pankreasschwanzkarzinom auf? Therapie, Verlauf der Wipple OP. Wann ist inoperabel? Wo liegt Pankreas? Welche Gefäße außer Aorta sind in der nähe? Wenn ist Tumor nur kurz in Aorta infiltriert darf man operieren oder nicht? Wieviel ist 5-Jahrenüberlenbensrate für Pankreaskopfkarzinom? Der Patient ist mit Sodbrennen. Was denken Sie? GERD. Welche Untersuchungen führen Sie durch? Definition Reflüxkrankheit, Ursachen. Haben die gesunde Menschen im Ösophagus Magensäure oder nicht? Wieviel? Können die gesunde Leute Sodbrennen haben? Wann? (Ich hab die schwangere gesagt, er meinte die manche Leute haben sehr sensibler Ösophagusschleimhaut) Die Allgemeinemaßnahmen bei GERD, medikamentöse Therapie. Wie kann man noch die Diagnose stellen. Was ist ph-metrie? Wie macht man das? Was sind die Nachteile. Komplikationen der Reflüxkrankheit. Was ist Barrett-Ösophagus? Ist das maligne? Welche prekanzeröse des Ösophagus wissen Sie noch? Ösophaguskarzinom AEG-Klassifikation (das wusste ich nicht).
Alle Prüfern haben viele einfache Zwischenfragen gestellt, auf welche man nur ja oder nein antworten sollte



Göttingen 05.2016 .
Kommission: Herr Dr. Steffen Kunsch Innere Medizin , Herr Dr. Alexander Beham Chirurgie , Frau Dr. Katharina von Hammerstein Chirurgie, sie waren alle sehr nett.

wir als Prüferlinge waren drei, wir haben Anamnesebogen bekommen, Herr Kunsch hat über Verlauf die Prüfung uns erklärt, es wurde uns gesagt, dass es kein viel Zeit für Untersuchung gibt, sie werden die Untersuchung beeinflussen, das heißt, kein komplett Untersuchung erforderlich. Frau Hammerstein war mit mir währende die Anamnese und die Untersuchung, mein Fall war Lungenkarzinom, die Anamnese war unkompliziert und hat c.a 15 min. gebraucht, dann hat frau Hammerstein von mir nur Abdomen und Lungenuntersuchung gefragt.......der Patient und sie waren sehr nett.

Mündlichprüfung ich war die zweite: Vorstellung mein Fall: D.D bei ch. reiz Husten(die war Symptom in der Fall) , Ursachen ein Lungenkarzinom, Diagnostik Verfahren. andere Themen; 50 J. Mann kommt zu Notaufnahme mit Brustschmerzen, D.D. als ich MI gesagt, hat Herr Kunsch mir gefragt, wenn der pt. hat keine erhöhte Kardiakenzym und normal EKG, ist ein MI ausgeschloßen; ich; Nein. was machen Sie, ich habe gesagt koronarangiographie er meinte wir sind in Notaufnahme, was machen Sie, er meinet wir sollen 6 Stunden warten dann wiederholen der Kardiakenzym, dann über MI Behandlung geschprochen. lungenemboli wann wird schwer und Lebensbedrohlich(Stadium 3 und 4). alte Frau kommt zu Notaufnahme, sie hat heute Morgen stark Bauchschmerzen, der in verlauf verschwunden ist , dann hat sich jetzt wiederholt. D.D. Mesentrialinfarkt, Stadium und Begrundung



Die Kommission war Dr. Schwörer (Diabetolog, Gastroenterolog), Dr. König (Onkolog, Gastroenterolog) und Dr. Katharina Von Hammerstein (Allgemeinchirurg).
Prüfungsort -Klinik für Gastroenterologie, Uni- Göttingen.
Herr Schwörer hat über Verlauf der Prüfung erzählt und Ausweis angeschaut. Dann haben wir eine Anamnese bogen bekommen und wir sind jeweils mit ein Prüfer zur Patienten gegangen. Dr Von Hammerstein war meine Prüferin. Ganz nette und logische Atmosphäre.
Mein Patient wurde wegen einen bronchialkarzinom operiert. So habe ich Zeit um Anamnese zuerheben. Es dauert 35-40 min, denke ich.
66j, Mann, Raucher, mit Dyspnoe NYHA II, kein Husten, kein Hämoptesie, keine B-Symptomatik. FA +.
Körperliche Untersuchung wurde schon erst mit Frage angefangen : welche Operation hat Patient gehabt? Lateralpneumonektomie.
Braucht Drainage Systeme? Ja . Wo ? Lat.
Lungen Untersuchung (Pleural Erguss li.)
Abdomen Untersuchun (außer Nabelhernie war unauffällig, Leber und Milz Untersuchungen)
Wegdrückbare Beinödeme bds.
Periphere Pulse.
Danach sollte ich schnell die Anamnese Bögen ausfüllen.(Pat. Hat viel gesprochen)
danach hatte ich 2-3 min um die Akte zu anschauen.
Sooo Mündliche Prüfung.
Ich war die erste, hab selbst gesagt.
Mündliche Prüfung; stellen sie den pt vor. habe ich meinen Patient vorgestellt komplett und auch die ganze differenzial Diagnose und diagnostische Verfahren. :)
Es reicht Frau Zandian :))) , sagte Dr Von Hammerstein.
Risikofaktoren für Lungenkarzinom?
Was für eine Lungenkarzinom hat er?
Kardiologische Abklärung ?
Welche Karzinom denken Sie ?
Metastasierung?
Operative Verfahren?

und dann Dr König gefragt ;)
Junger Patient wurde mit blutige Erbrechen in ZNA eingeliefert, somnolent!!! Keine Anamneseerhebungsmöglichkeiten!
A to Z ??
DDs?
Diagnostisch?
HB: 5 mg/dl ???
INR:11???
Leberzirrhose, Transplantation? Pfortaderthrombose?
Schock??
ÖGF Aufklärung?
Frau Zandian : es reicht ... Ich hab meine Entscheidung gettroffen
Dr schwörer:
junger Patient am Nacht gekommen wegen groß Zehe rot heiß geschwollen, Diagnose-Gicht; wie bestimmt-
Muss unbedingt Harnsäure bestimmt werden?
Medikament-colchicin. KI?
Wann braucht man katekolamin? Welche kennen Sie? Welche ist inotrop? Kardiotrop?



ich habe am 15.09.16 die Gleichwertigkeitsprüfung in der Unilinik-Göttingen bestanden.
Die Prüfer waren PD Dr. med. Steffen Kunsch (Gastroenterloge), Priv.-Doz. Dr. Dr. Stephan von Haehling (Kardiologe), Dr. Martin Friedrich (Thorax-, Herz-
und Gefäßchirurg).
Erster Teil war die Patientenuntersuchung. Mein Patient hat ein metastasiertes kolorektales Karzinom mit Z.n. erweiterter Hemikolektomie rechts und bekommt Chemotherapie. Hier hab ich den Patienten untersucht dann bekame ich die Akte und hatte ca 1 Std. um die Akte durchzulesen.
Danach kam das Gespräch. Erstmal habe ich den Patienten vorgestellt, dann hat Dr. Kunsch über kolorektales Karzinom gefragt.
Dr. Friedrich hat über Aortenklappenstenose und pAVK gefragt.
Dr. von Haehling hat erstmal mir einen Medikamentenplan von einer Patientin gezeigt und fragte mich über einige Medikamente (ASS, Omeprazol, Tilidin, Diazepam), und über Diazepam-Intoxikation.
Zueletzt hat er über BNP gefragt.



ich hab die Approbationsprüfung in Unikilinikum Göttingen bestanden.
wir waren 3 ich und ein anderer in der Innere tätig uns ein Assistenzarzt in der Neurologie.
Die Prüfer (Name hab ich gerade nicht im Kopf) auf jeden Fall ein Viszeral Chirurg ein Thorax chirurg und ein Internist.
Es ging los mit dem ersten Teil: Pat Untersuchung und Bericht. Dafür 15min Anamnese 15min Untersuchung und 15 Bericht zu schrieben. Jeder Prüfer nahm einen Kondidat mit zum Patienten Zimmer.
Ich bin mit dem Thorax chirurg gegangen, der andere Internist mit dem Vizeral Chirug und der Neurologe mit dem Internist (in Niedersachsen es ist mit Absicht dass man ein Pat von anderer Fachrichtung kriegt)
Auf jeden Fall ich hatte so viel stressig aber der Prüfer war so nett dass ich letztendlich total entspannt war.
Ich hab einen jungen Pat bekommen Tag 3 Nach pleurodese bei therapieresistent Pneumothorax. Alles war sehr locker was dir Untersuchung betraff (also musste nur sagen wie man leber untersucht oder sowas...) dann Bericht geschrieben.
Dann haben die Prüfer den Zettel genommen und dann Mündliche Prüfung.
es fing an mit dem Thoraxchirurg, stellen Sie uns Ihren Pat vor (wie in Beschprechung) Ursache? Therapie? DIFF Diagnose hab ich LAE gesagt warum kann LAE gefährlich sein, ja wenn massiv dann Alveolen ventiliert ohne Perfusion dann Hypoxie zunächst Hypocapnie dann Hypercapnie eventuel Atemstillstand wenn lange nicht behandelt und zweites rechtsherz Schock möglich, dann Was ist und warum ist Spannungpneumothorax gefährlich ist? dann beschreiben Sie den Weg vo einem Thrombus am Bein bis zur pulm. Arterie (euuuuuuuuuuuh Poplitia femoralis cava rechts herz dann lunge?) haben gelacht weil ich keine DEtails gegeben habe (also Stimmung nicht so streng)
dann Vizeral chirurg, kommt alter Pat mit akuter Bauhschmerzen und bek AA bei VHF, an was denken Sie? mesenterial infarkt; Was machen Sie wenn Sie den Verdacht haben? direkt op weil CT würde Zeit verschwendung verursachen; ja ok aber Wenn Sie nicht 100% Sicher was können Sie machen, ich: euhh? Labor? lactate und leuco, ja aber Ausserdem ich euh Rö Abdomen? lletztendloich war es Sono!!!
ok dann wie wird therapiert? embolectomie mit Fogarty katheter und Resektion der nekrosierenden Darmteile, ok Dann andere Fall alter pat mit dolle Schmerzen oberbauchrechts, Verdacht auf? Cholezystitis. ja labor hat nur einbisschen erhörte CRP und normale leukos, da hab ich gesagt ja und? war er einbisschen überrasched, ich hab gesagt ja wenn Druckscherz da ist die Cholezystitis würde ich anhand des labors nicht ausschliessen, dann war er zufrienden. Dann Pat mit rectaler Blutung und bek Hämmoroiden, Verfahren? totale Colo; ok aber vorher? ja rectale untersuchung émoticône grin ok colo unauff. Therapie? Hämmoroidetomie, was ist die operative Indikation? ich: euuuuuuuuuuuuh dann hat er mir gasagt kommt darauf an was für ein gerad. Dann bis wie viel cm kann man mit rectaler untersuchung kommen? ich: komt darauf an wie lange ist der Finger émoticône grin émoticône grin er hat gelacht dann hat gesagt also ziemlich hoch
dann internist!!!
Pat kommt mit gelbiger Farbe Verfahren? ja labor Bili ok was gibt es für Ikterus ... egtlich hier müsste man Alle Typen und ätiologien von Cholestatse wissen (was ich nicht in details kannte war schwirig die frage zu beantworten aber die grosse lienie kannte ich) fragen wie wie therapiert man eine Steatsis hepatis! oder ursache von intrahepatische cholestatse bei leute die nicht im kh lagen... Schimmelpilz aflatoxine (hein? was ist das ? :D)
Dann worüber soll der Pat geklärt werden vor Colo, eigltch hier musste man sagen Atemstilstand und Hypotonie perforation op.... dann wieder der Thorax chirurg was für GefÄsse kann man tasten, dann was ist der Test vor einer BGA oder Koro am Arm ich Ahlen test ja ok wie wird gemacht... dann wir sind fertig



Prüfungskommision: eine visceralchirurgin (Fr von Hammerstein) , leitender Oberarzt der kinderchirurgie (Hr Kahl) , Priv.-doz. In Hämatologie (Fr Schanz)
Wir waren 2 Anästhesisten und 1 internist.
Angefangen, haben wir pünktlich um 10h30. Jeder von uns ist mit einem Prüfer zum Patienten gegangen. Unterwegs small talk und kennenlernen.
Mein Patient Hr F., 66 Jahre alt mit CUP syndrom DD. Ossär metastasiertes bronchialkarzinom, dilatative kardiomyopathie, 1 Gefäß KHK, pAVK.
Die Kollegen haben Patienten mit neuroendocrine Tumor und lymphom bekommen.
Die visceralchirurgin saß im zimmer und beoabchtet den Verlauf der Anamnese und bei der körperlichen Untersuchung stand sie neben mir und schaut sie sich alles genau an.
Sie hat gefragt z.B was die blaue Flecken am Bauch sein können (anti-thrombose spritzstelle), para sternal apical rechts (sub klavikuläre ZVK stichstelle), am Unterarm ventral (coroangiographie stichstelle). wie untersucht man die Leber? Reflexe untersuchen und interpretieren.
Danach hab ich einen Bogen ausgefüllt (Vordruck), wird nach Hannover geschickt zu der aerztekammer.
Danach 1 Stunde mündliche Prüfung.
Zunächst stellte ich den Patienten vor, dann fragen zu Thema bronchialkarzinom.
Im weiteren " 80 jährige Patient mit unterbauch schmerzen, wie gehen Sie vor? "
Die internestin brachte einen Fall aus der Ambulanz: Therapierefraktäre Zahnabzess, BB interpretation: hb 7, Thrombozyten 20 000, leucozyten 50000, was ist zu vermuten (Leukämie), was anfordern am Labor noch: diff. BB! Blasten über 40, was sind blasten, muss man eine konchenmarkpunktion machen? (nein meinte sie, Durchflusszytometrie), falls doch eine punktion gemacht werden soll , wo und was befürchten sie? U.a. Psoas Hämatom!
Ein Patient kommt in die Notaufnahme mit leistungsminderung, z.n. bronchopulmonalen Infekt vor 4 Wochen, Labor, Thrombozyten 400000, woran denken Sie: autoimmune thrombozytopenie,
Auf der Station, bei einem seit lange liegenden Patienten ist ihnen eine thrombozytopenie aufgefallen: HIT, wann tritt sie auf? meistens 2 wochen nach heparin Behandlung.
Der Chirurg fragte: eine Dame mit oberbauch schmerzen rechts, wie gehen Sie vor? Um zu kürzen : gallenkolik, Anatomie der gallenwege, ERCP, Chirurgie: electiv, da im labor und sono kein itis.
Noch, Stichverletzung auf der Station, Berufsgenossenschaft.



ich habe am 10.Juni die Approbation prüfung in universitätsklinikum Göttingen bestanden.
Prüfern,
Herr prof.Dr. Harald schwörer
Herr Dr.Fritz Khal
Herr Dr.Alexander Emmert
Jeder Teilnehmer bekommt einen fall und mit einem Prufer ins pat.Zimmer und mann bekommt vor der Untersuchung einen anamnesen Bogen.
der Prufer sitzt daneben und will vom kopf bis zum fuß sowie neurologie untersuchen.
mein Fall war eine 17jahrige.Frau ,die vom Motorad runtergefallen ist.
-60 minuten mundliches Gespräch und ich wurde ein paar fragen über diesen themen gefragt :
- diagnostische Maßnahmen bei polytrauma
- pneumothorax
-ursache Fieber innerhalb der erste 2 tagen postoperativen
-Miltz Ruptur
-D.D Akut abdomen
-Intubation
-Glasgo-coma-scale
-Herzinfarkt
-Lungenembolie
-abnormal Herzgeräusche
-bluttransfusion
-Morphy's zeichen
-Hepatitis
-magen ulcus



Ich hab gestern die Approbation bestanden.
Ort: Universitätsklinikum Göttingen
Prüfers: Hämatologie, Gastroenterologie, Herz-, Thorax- Gefäßchirurgie
Wir waren 2 Internisten und 1 Chirurgin. Ich mach Innere.
1.-Teil: Patiententersuchung im patientenzimmer 30 min. Dann ich hab die Akte des Patienten bekommen am Ende hab eine Zettel ausgefüllt. So der Patient hatte dyspnoe NYHA II-III deswegen aufgenommen. Er hat frisch thorakalen Narben
Auch am unter und Oberschenkel. Klar das ist eine Z.n. ACVB-Op. Man muss eine ausführliche Anamnese (Vorerkrankungen, vegetative Anamnese, sozial Anamnese d.h. Versorgung, lebt alleine, Aktivitäten) dann ausführliche körperliche Untersuchung(alle Pulse tasten auch strömgräusche von carotidis und femoral , lymphknotenstatus, neurologische Reflex). Ich hab extra den Prüfers am Anfang gefragt ob man eine rektale Untersuchung machen muss. Sie haben gesagt nein. Meine Empfehlung fragen Sie wie ich gemacht habe. Dann in einem Raum hab ich die Akte mit und hab die Zettel ausgefüllt.
2.a.-Teil: in Göttingen jeder Prüfling macht die Prüfung alleine. Ich war der erste. Ich hab den Patient vorgestellt. Auch mit weitere Procedere wie Rehabilitation, trinkmenge.
Der Chirurg fragt: der Patient hat 5 kg in 2 Wochen abgenommen. Erklären Sie warum?
-ich: der Patient hat auch Anämien. Aber weder Nachtschweiß noch Fieber.
-ok, Dorn denken an Tumor. Gut aber an was denken sie auch
-vielleicht !!!!! :/
-der Patient war am Anfang Kardinal dekompensiert, 5 kg Wasser
-ok O.o
-Sie haben gesagt dass der Patient hat keine Murphy-Zeichen. Wie und wann findet man diese Zeichen?
-plötzliche Stopp der Inspiration bei schmerzen. Hinweis auf cholezystolithiasis
-muss man eine cholezystolithiasis operieren
-nur bei Komplikation d.h. Bei cholezystitis. Und man muss wenn möglich bei infektionsfreie Intervall laparoskopisch durchführen. Aber wenn perforiert ist dann sofort mit laparotomie nicht laparoskopie.
Ein Tipp, der Prüfer könnte über Murphy-Zeichen und über cholezystitis fragen fals ich hab diese Zeichen bei meiner körplicher untersunchung nicht erwähnt.dass heißt man kann die Frage beeinflussen. Erzähl immer was du gut kennst.
2.b- Teil: der Gastrologue
-sie sind im Praxis. Einer Patient hat in 1 Woche 10 kg zugenommen. Was machen sie?
-körperliche Untersuchung, ob er Patient Kardial dekompensiert, ob er pleuraerguss hat, ob die Beine dick sind, das Bauch ob Ödeme hat.
-genau. Der Patient hat massive aszitis. Woher kommt?
-es gibt Kardiale, hepatische aszitis
-und was noch?
-im Rahmen einer hypalbuminänie. Da hab ich weiter erzählt eine hypalbuminänie verursacht eine verminderte osmoonkotische Druck. (Immer zeigen deine Stärke auch wenn die Frage kurz ist Man soll wenn möglich detaillieren :))
-gut, Und nun was machen sie dann?
-Abdomensono, lebergrösse und Menge des aszitis
-ok. Und dann?
-punktieren, und examinieren ob exudat oder transudat. ;Hier ich sollte sagen Bakteriologische Untersuchung Hauptsache)
-ok. An was denken sie?
-virushepatitis, aber aszitis bei Virus oder autoummunhepatitis entwickelte sich langsam.
-bakteriologische Untersuchung ob aszitis infiziert ist. Eine bakterielle aszitis ist gefährlich und man muss den aszitis therapeutisch punktieren. Da Gefahr eine sepsis auch.
-was bedeuten für sie eine aszitis?
-ist nicht nur eine Zeichen für Zirrhose sondern auch ungünstige Prognose

-was machen sie auch außer sono?
-ÖGD, ob der Patient ösophagus und fundusvarizen hat.
-wie entwcklte diese varizen?
-portale hypertension z.b. Bei erhöhte pfordaferdruck
-wie kommt eine erhöhte pfordaferdruck?
-z.B. PfordarThrombose oder Kompression bei Tumor
-woher kriegt pfortader Blut?
-vena cava Nein nein. Vena cava ist Post hepatisch. Von mesentervenen
-genau
-und was machen weiter?
-gucken ob der Patient eine caput nodosea hat
-naja ich hab in meinem Leben nur einen Patient mit caput nodosea gesehen. (Atmosphäre ist ganz locker, man lacht auch mit)
-man guckt auch ob der Patient Rektalenvenenstauung hat. (Vorsicht hier geht nicht um Hämorrhoiden welche arterielbedingt ist). Hier ich hab gelacht und gesagt man muss auch eine coloskopie durchführen
-genau von oben und unten gucken. Jetzt sagen Sie, was kann eine diese Portale Hypertensionen verursachen.
-bei einer milzvenenthrombose haben wir eine splenomegalie
-was ist die Folge ?
-eine hypersplenismus und dann thrombozytopenie
-ok. Jetzt Therapie der ösophagusvarizen?
-medikamentös mit betablocker. Wenn wirkt nicht dann pneumatischer ballonkatheter
-ok. Therapie des aszitis?
-trinkmenge <1.5l, Kochsalz Restriktion, aldosteronantagonist (spironolacton) mit oder ohne xipamid. Wenn erfolglos muss man punktieren.
-bevor gastroskopie was müssen sie machen?
-Aufklärung, entweder der Patient oder der Betreuer falls es gibt.
-welche Risiko erklären Sie?
-Allergie, Infektion, Gebissschafen, Verletzung der Speiseröhre der Kehlkopf, Blutung, Perforation
-wie oft kommt eine Perforation
-ich weiß nicht vielleicht 2 bis 5 %
-wenige als 1/100000, müssen wir trotzdem Perforation erwähnen?
-ja
-richtig, wenn eine Komplikation beeinschänkt eine Lebensqualität müssen wir erwähnen egal wie oft konnte passieren
2-c Teil: Hämatologie
-eine Patientin mit Kopfschmerzen, Müdigkeit, oberbauchschmerzen, und Rückenschmerzen. Sie beim Orthopäden mit Ausschluss Fraktur. Was machen Sie ?
-fragen ob sie teerstuhl hat.
-richtig, sagte Ihrer Stuhlgang ist dunkel geworden. Was fragen Sie noch?
-was nimmt sie?
-gut sie nimmt diclofenac. Was machen sie?
-diclofenac absetzen, dann BLutbild
-hier ist BB. Was sehen sie?
-hypochrome mikrozytäre anämie, a.e. Eisenmangelanämie
-welche Ursache für Eisenmangelanämie
-Ernährungsmangel, Chron blutverlust wie bei Menstruation. Oder Eisenverwetungsstörung
-welche Form ist häufig in Deutschland?
-Eisenverwetungsstörung
-was machen sie um die Diagnose zu sichern ?
-ferritinämie, transferritin, lösliche transferritinrezeptor und transferritinsättugung
-sie lachte und sagte wenn das Krankenhaus hat viel Geld. Sagen sie was ist die wichtigste?

-ferritinämie. Aber dass kann falsch hoch sein
-wann? (Noch einmal ich hab ein Einfluss für die nächste frage :D)
-Anämie bei chronischen Erkrankungen
-ja gut, das ist eine akut-Phase Protein. Jetzt was machen sie auch als Diagnostik?
-ÖGD
-ok. Transfundieren sie die Patientin?
-die Patientin hat Hb von 7,8, klinisch sie ist tachykard und schlapp. Ich werde sie transfundieren.
-der gastrologue fragte: wie machen sie die Transfusion?
-Patientenidentität, Nummer , ablaufsdatum, patientenerklärung, und bidetest
-wie?
-wir haben 2probe, eine mit anti-A, und Anti-B. Wenn Blut hämolätisch wird dann ....
-ok ok das reicht



Ich hab die Approbation am 09.08.2016 bestanden.
Ort: MHH Hannover
Prüfers: p.d. Hanno Oswald Inneremedizin kardiologie, Jörgen Tongers Kardiologie, Ipaktchi ramin plastisch, wiederherstellung Chirurgie

Wir waren 3 Ärzten: 2 Internisten und 1 Chirurg.
Erster Teil: Patientenuntersuchung im patientenzimmer 30 min. Muss man den Patient komplett untersuchen. ich durfte die Akte vom Patienten nicht bekommen, hab danach das Anamnesebogen bekommen und es ausgefüllt; die Anamnese, Körperliche Untersuchung, Diagnose, Differenzialdiagnosen, Procedere.
Mein Pat kam wegen seit 4 Tagen Schwellung und Überwärmung sowie schmerzen im Mittelfingergelenk des Mittelfinger. Art. Hypertonie, ex-Raucher, prostataplasie, bek. Hyperurikämie. Der Arm war mit Gipps versorgt deswegen haben mir einBild vom Finger gezeigt wie er aussah.

Zweiter Teil: mündliche prüfung
Ich war der dritte. Ich hab den Patient vorgestellt mit allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Und haben mir das Röntgenbild von ihm gezeigt und musste ich das Bild beschreiben.

Der Chirurg hat mich ein Bild gezeigt von einer chron. Wunde und sollte die Ursachen für chron. Wunden nennen und dann ein Bild mit großen Schnittwunde an der Armstreckseite und welche Strukturen können verletzt wurden (Gefäße und Venen und Muskeln) soll man nur die Namen von Gefäßen und Venen nennen aber die Muskeln nicht. Er hat auch nach Ulkus cruris gefragt und wie man die behandelt.

Die Zwei Internisten haben mir Fälle mit Röntgenbildern und EKG und CT. Die Fällen gingen um Pneumothorax, Hinterwandherzinfarkt, aortenaneurysmadissektion. Die sagen mir was der pat hat und dann muss ich Differenzialdiagnosen stellen dann sagen mir andere Befunde mit Bildern und EKG bis ich die richtige Diagnose stelle und was soll ich in Diesem Fall machen.
Z.b Sportler Mann 40 jähriger war im Suddeutschland in Urlaub und danach kam zu uns klagt über thorakale schmerzen und der Blutdruck 90/70 tachykard, hab das EKG gessen, tropt negativ d-dimire negativ. Der Pat am Ende hat aortenaneurysmadissektion und hab CT-Thorax gesehen musste ich wissen wo die Dissektion ist. Und wie ich den Patienten retten kann, die Antwort war dass ich den Patient schnell mit Helikopter zum Gefäßchirurg verlegen .
Die Früh- und Spätkomplikationen vom Herzinfarkt, und was soll schnellstmöglich gemacht werden (er wollte Rekanalisation)
Ich musste 3 EKG befunden und hat mehrmals nach dem Herzlagetyp gefragt.



Kenntnissprüfung in Göttingen in NDS

Die Prüfer:
1-Herr Dr .Beham (allgemein Chirurgie)
2-Frau Dr.Hammerstein (allgemein Chirurgie)
3-Frau Dr.Schanz (innere Medizin-Hämatologie)

Datum : 30.11.2016
Anfang der Prüfung 10:30
Erster Teil
Ich habe Frau dr.Hammerstein begleitet
Ich mußte mein Patient (Anamnese-Körperliche Untersuchungen......) untersuchen.
Der Patient hatte spontanpneumothorax und wurde operativ versorgt.
Dann musste die Anamnese ausführlich aufgeschrieben werden .

Zweiter Teil 12:00

Dr.Hammerstein:
Frage : stellen Sie den Patienten vor !

Frage:was sind die Ursachen von Spontanpneumothorax ?
wie kann man behandeln ?
Wo muss Drainage gelegt werden?
Was muss vor OP gemacht werden ?(Aufklärung).......
Welche klinische sehen Sie bei Pneumothorax (hypersonor klopfschall ,abgeschwächte Atemgerüsche ..)
Wann muss Pneumothorax operativ versorgt werden ?
Wenn eine pleurektomie erfolgen,
Was wird passiert?

Dr.Schanz
Frage :Sie haben ein Patient mit Nasenbluten und 10000 Thrombozyten , was bedeutet das??thrombozytopenie .
Was sind die Ursachen von Thrombozytopenie?
Was ist das häufige Medikament ,das die thrombozytopenie auslösen kann ?Heparin
Was ist ITP ?? Was sind die Auslöser? Nach Virale Infektion und und bei Schwangerschaft.
Zu welcher Gruppe gehört ITP ?Autoimmunerkrankungen.
Was ist die Mechanismus von ITP ?Antikörper gegen Thrombozyten.
Wie kann man ITP behandeln ? Thrombozyten und Glukokortikoid e.Welche Steroide geben Sie und die Dosis ?Prednisolon 1 mg /kg .
Was sind die Nebenwirkungen von Steroide ?
Wenn der Patient mit ITP blutet was muss man geben ? Immunoglobulin.

Dr.Beham
Frage : ein Patient mit Spannungpneumothorax ,ist das gefährlich??Ja
Was sind die klinische Symptome ?Halsvenendtauung ,Mediastinumverschiebung ......
Warum stirbt man bei Spannungpneumothorax ? Schock

was sind Deferentialdiagnose von Brustschmerzem ?? Myokardinfarkt,Athma,LAE,......
was noch ??
ösophagusruptur
was heisst Syndrom ? Boerhav Syndrom.
Was sind die Ursachen von Ösophagusruptur ??
Was sind die klinische Zeichen ? Hautemphysem und Bluterbrechen nicht vergessen.
Wie kann man die Ruptur feststellen? CT-Thorax mit Wasser löslichen Km .
Was sieht man bei CT? Frei Luft im Mediastimum und Flüssigkeitansammlung .
Was ist die Therapie? Operative Versorgung.
Was ist wichtig vor OP ?Größe der Ruptur. Wie kann man feststellen? Hier muss man ÖGD .
Eine Patient wurde operiert, nach 5 Tage hat Luftnot , woran denken Sie ?Lungenembolie.
Ist das gefährlich? Ja ab Stadium 3.
Was ist die Ursache von LAE ?TVT .
Wie löst Thrombose eine LAE aus? Einschwemmung von Thrombus in Blutstrom und Verschluss eine pulmonale Arterien.
Was stellen Sie die Diagnose fest ?
BGA(HYPERVENTILATION) ,D-Dimmer .
Was noch wichtig? Echokardìgraphie (Rechtherzbelastung)
Wie Sichern die Diagnose?
CT-Thorax mit KM .

Frage : Der Patient mit LAE wurde behandelt, nach 8 Tagen hat er Thrombozytopenie,was ist die Ursache?? HIT .



Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich habe am 17.9. die Prüfung am städtischen Krankenhaus Braunschweig bestanden.
Die Prüfer waren: Dr. Guido Schumacher (Chirurgie) Frau Katja Schmitt-Bieda (Innere) Herr Michael Demidow (Chirurgie)
Wir waren drei Prüfungsteilnehmer, eine Allgemeinmedizinerin, ein Rechtsmediziner und ich (Innere).
Die Prüfung begann um 10 Uhr jedem wurde ein Patient vorgestellt.
Mein Fall war ein Patient 75 J. mit Z.n. pyloruserhaltender totaler pankreatektomie mit Splenektomie bei IPMN. Der Chefarzt hat mich zum Patienten begleitet und mir seine Akte gegeben. Dann durfte ich den Patienten für 30 min alleine untersuchen. Nach dieser Zeit kam Frau Dr. Schmitt-Bieda damit ich ihr den Befund des Patienten berichte. (Da ich den Bauch abgetastet, das Herz abgehört sowie den Reflexstatus gecheckt habe) diese waren alle unauffällig. Danach hat sie meinen Befund kontrolliert und gefragt, welche Infusion der Patient gerade bekommt. (Ich hatte den Therapieplan noch nicht gelesen und wusste es nicht, dann sagte ich vlt Flüssigkeit oder Schmerzmittel oder Insulin bei Z.n. Pankreatektomie.) Sowie die Ärztin als auch der Patient waren sehr freundlich. Sie gab mir noch weitere 10 Minuten Zeit um eine Familienanamnese durchzuführen und meine Untersuchung zu beenden. Danach habe ich den Anamnesebogen, den ich zu Anfang bekommen habe, ausgefüllt und die Akte bei den Schwestern abgegeben. Dann begann unsere Pause und wir sollten um 12:45 Uhr zurück kommen. In dieser Zeit konnte man alles über Pankreaskarzinom und die möglichen Operationen zu lesen. Um 13 Uhr haben wir (alle Prüfer und die Prüflinge) uns in einem Besprechungsraum getroffen. Das System der Prüfung war, dass jeder Arzt jeden Prüfling 20 Minuten befragt hat (Es ist nicht wie sonst üblich, dass jeder Einzeln eine Stunde lang befragt wird).

Zu den Prüfungsfragen: Herr Dr. Guido Schumacher: Bitte stellen Sie den Patienten vor RF. von Pankreaskarzinom? Was soll man beachten nach Pankreatektomie? (Wollte über OPSI hören)Was ist Whipple-Op? Was ist IPMN? Nachbehandlung? Chemotherapie mit Gemcitabin, nach welchem Schema wird es verabreicht? Das wusste ich nicht (er meinte, dass wäre nicht schlimm) Ikterus Ursachen mit DD. ? Mit den V.a. Tumor welche Untersuchungen? CT mit KM oder ohne ? Welche Strukturen sieht man an der Leber? Wann operiert man Cholecystolithiasis? Cholezystektomie wann laparoskopisch und wann offen? Komplikation nach Op. ? Danach haben die anderen beiden Prüfer die anderen Kollegen für 40 min befragt und dann war ich wieder dran.

Frau Schmitt-Bieda: Was passiert nach Pankreatektomie? Was gibt man dafür? Insulin, Kreon. Was ist das metabolische Syndrom? Welche Typen von Diabetes kenne ich? Therapie? Oral, Insulin; wann und wie? Was macht Hypoglykämie als Komplikation? DM. Komplikation? Nächste Frage: Eine Patientin (75 J.) kommt in die Notaufnahme, weil sie Rückenschmerzen hat und kleiner geworden ist seit einiger Zeit. Kein Trauma. DD? Path. Fraktur, Osteoporose. Sie wollte das hören. Ursachen von Osteoporose, Untersuchung. Was sieht man im Labor? Wie misst man die Knochendichte und wo? Antwort: Im Osteoporose Zentrum?! Ärztin lachte und fragte ja wo? Das wusste ich nicht. Danach musste ich wieder 40 min warten und die anderen Fragen von den Kollegen hören.

Herr Demidow: Hämorrhoiden; Klassifikation, Therapie? Beste Operation für Stadium IV? Wusste ich nicht. Analkarzinom? Er wollte Plattenepithelkarzinom hören? Unterbauchschmerzen rechts DD. ? Danach wusste er nicht was er mich fragen soll, da er bereits viele wichtige Themen mit den anderen Prüflingen diskutiert hatte. Dann sagte ich: Fragen Sie vielleicht nach Hypothereose? Hat er nicht gemacht. Wie macht man Aufklärung? Komplikation von Koloskopie? Damit war die Prüfung beendet.

Zum lernen habe ich folgende Bücher benutzt:
Die 50 wichtigsten Fälle, Innere Medizin und Chirurgie (2 Bücher)
Last Minute Pharmakologie
Last Minute Innere Medizin



Die Themen von den anderen Prüflinge waren: pAVK, LAE, Herzinfarkt, TVT, Divertikulitis, kolorektales Karzinom, Hyperthyreose, Leberzirrhose, child- pugh score, Cholezystitis, GI-Blutung, Akutes Abdomen, Sepsis, ANV.
Zuletzt möchte ich Euch sagen, dass die Prüfung nicht so schwer war wie es sich hier liest. Die Prüfung war wie eine Diskussion und je mehr man weiß desto vertieft fragen sie nach dem Thema.



heute habe ich Gott sei Dank die Gleichwertigkeitsprüfung in Rotenburg bestanden.
Ich bin z.Z auf Gyn und Geb tätig.
Prüfungskommission:
Dr. Heizmann (CA Chirurgie) Dr. Strauss (Ltd. OA Herz- Viszeral- Thoraxchirurgie) Dr. Wiese (OÄ Innere)
Mein Pat. war ein 58-jähriger Mann mit Karzinom des Gastroösophagealenübergangs mit Lebermetastase
Z.n STEMI mit PTCA und Stentimplantation
Art. Hypertonie
Hypercholesterinämie
Er bekommt palliative Chemotherapie (FUFOX) durch ein Portsystem

Teil 1. Anamnese und körp. Untersuchung. Die OÄ hat mich zu dem Pat gebracht und hat erklärt welche Untersuchungen ich machen soll und welche nicht (kein Pulsstatus, Rektaluntersuchung, Reflexe). Ich würde auf jeden Fall fragen falls der Prüfer nichts sagt.

Teil 2. Mündliche Prüfung
Ich war die erste. Erstmal musste ich meinen Pat vorstellen.
Fragen:
Einteilung von AEG (Es gibt Typ I,II und III) wie wird jeder Typ behandelt
Typ von Magenkarzinom
Dr. Strauss hat ein CT-Thorax mitgebracht, es ist ein kleiner Herd in der rechten Lunge bei Pat. mit Uteruskarzinom zu sehen
Was kann es sein? Benigna/Maligna, Metastase
Welche Untersuchungen sind erforderlich (Biopsie, Brochoskopie, Tumormarker)
Frau Wiese:
Eine 20-jährige Pat. mit Unterbauchschmerzen links, was macht man erstmal? Stuhlgang zuletzt vor 3 Tage, letzte Periode vor 14 Tage (Anamnese, welche DD? Adnexitis, Ovarialzyste, Uretersteine, Obstipation, Mittelschmerz)
Eine 60-jährige Pat. mit denselbe Beschwerden (V.a. Divertikulitis; Therapie? Balaststoffreiche Kost, viel Bewegung, reichlich Flüssigkeit. Wann operiert man? Bei Rezidiven, da es zur Stenose kommen kann)
Was muss man unbedingt vor einem Eingriff machen? Aufklärung, Abstand 24 Std
Wer darf eine Rö-Untersuchung anordnen? Die Ärzte mit Fachkunde Strahlenschutz. Im Dienst kann ein Arzt ohne diese Fachkunde die Untersuchung anordnen jedoch muss er eine Überprüfung über die Indikation von dem Radiologe erbitten.

Die Prüfer sind sehr nett und sie wollten es eigentlich dass wir die Prüfung bestehen, also versuchen sie herauszufinden wo unsere "Stärke" ist. Daher muss man sich gut vorbereiten. Vernünftige Anamnese und korp. Untersuchung sind wichtig.



Ich habe am November die Gleichwertigkeitsprüfung in Rotenburg/Niedersachsen abgelegt.
3 Ärzte wurden gleichzeitig geprüft , ich (Radiologie) ,Anästhesistin und Rehabilatation

Die Prüfern : PD.Dr.Heizmann , Dr. Strauss (Thx.Chi) und Dr.Wiese(Innere-Gastro) sind ganz nett

Die Drei Prufern sind GIT meine Empfehlung die GITsehr gut Lesen

Vorbreiterung von Frage und Antwort medizin und Chirugie
FallBuch Medizine 150 und Fallbuch Chirugie 140
Letzte Minute in Pharmakologie

Anamnese 30 Min - Fallbesprechung und mündliche Prüfung 30 min

Mein Fall perforated Magen Ulkus

Fragen Ursache Ulkus, Dx und Behandlung

Kein Angst von meiner Fragen, ich bin Radiologie

CT Leber mit Raumforderung DD Abzsess, Echino Granuloccus und Hepatocellular car

Aufklarung einer Punktion der Leber.

CT Lung mit einem Rundherd bei pt mit Osophaguskarzinom Ob es Metastase ist

Kann man im Sonographie Freie Luft sehen Ja kann mann

Rontgen Thorax mit Pneumothorax Ursache und Behandlung

Ein neu Unfall Chirugie kann er CT empfehlen&Forderung
Wer Kann ein CT empfehlen
nur ein Arzt mit Fachkunde in Radiologie Notfall

Fragen von die anderen Artze
Ein Pt Bewusstlos was macht man erster Sache
zwei Nadel Liegen

Meniskusinjurie Dx/test und Behandlung

M. crohns und Colitis Ulzerose Unterschied

Magenkarzinom, Rektumkarzinom, Osophaguskarzinom, Reflux Osophagitis, Pankreatitis und Pankreaskarzinom.

EKG



Ich habe die Prüfung in Askelepios Klinik in Seesen gemacht.
Die Prüfer waren: Prof. Ortlepp(Chef der Kardiologie) , Dr. Rittmeyer (Chef der Chirurgie. Und Dr. Batusich (Ltd. Oberarzt in der Gastroenterologie.
1- die Prüfern waren alle sehr nett.
2- mein Patient war aufgrund der V.a akutes Leberversagen stationär Aufgenommen. (bekannte Diagnosen: DM Typ II insulinbedürftig, Herzinsuffizien bei z.n Herzinfarkt, VHF, mitralklappen insuffizienz und pulmonale Hypertonie, Schrittmacher Imp), PAVK li mit DES Stent imp. , z.n Unterschenkelamputation rechts. Chronische Niereninsufgizienz. Sehstörungen (Sehrtärke 3% re, li Blind). Diabetisches Fußsyndrom
3- bei Körperlicher Untersuchung musste ich besonders die Sehnenreflexe überprüfen und periphere Pulse Nachtasten.
4- angefangen mit Pat.Vorstellung, Fragen nach Diabetes mellitus(wie diagnosteziert man DM, besondere Frage nach orale glukose intoleranz Test, welche Type vom DM gebts, was ist der Unterschied. Was sind Komplikationen und genau über Koma diabeticum was ist Unterschied zwischen Typ I und II und wie behandelt man es.
5- was prüft man bei V.a akutes Leberversagen im Labor(Transaminase und Cholestase Parameter) was sind diese Parametern.
6- Chirurgie: was ist die Ursache der Amputation bei diesem Patient(pavk) , welche klassifikation gibts? Wie behandelt man das.
Diabetische Fuß: Therapie und Einteilung.
Was wissen Sie über Frakturen als internist(Ao- klassifikation) . Was ist Unterschied zwischen Frakturen bie Erwachsene und Kinder. Ab Wann stoppt der Wachstum bei Kinder,
Kann man bei Kindern die Frakturen ohne Therapie lassen? Ja, warum? Wegen selbst Korregieren.
• Ursache der Cholestase und wie unterscheidet man klinisch zwischen Lithiasis und Tumor (schmerzlose Ikterus)
7- kardio:
Pat kommt mit akuter Luftnot? Was machen Sie? Zu ende Lungenembolie, weiter? Klassifikation und wie behandelt mann es.
2 EKG(Av-Block II und welche mobitz(II), St Hebung in Ableitung III aund AVF, hinterwand infarkt
• warum hat man bei diesem Pat kein MRCP gemacht? (wegen Schrittmacher).
Was macht man um die Mobilität diesem Pat zu verbessern (Prothese und Hilfsmittel und Früh sowie Rehabilitation).
Es gab viele Röntgenbilder dabei aber ich bin nicht darüber gefragt.



Ich habe, Gott sei Dank, heute 06.09.2016 die Approbation in Wolfenbüttel bestanden:
Prüfer: Pr Dr Kinan Rafai(Innere Medizin Schwerpunkt Gastroenterologie)+ Pr Dr Heinrich keck(Chirurgie allgemein)+ Dr Mattias Buhles(Facharzt Urologie und Gynäkologie).
Jeder Kandidat hat ein Patient zur Untersuchung und Aufnahmegespräch gehabt:
Meine Patientin kommt wegen plötzlich aufgetretene Oberbauch bohrende Schmerzen rechts mit Ausstrahlung in den Rücken+ Übelkeit, Ohne (Fieber, erbrechen, Änderung der Stuhlgewohnheiten).
Körperliche Untersuchung Unauffällig bis auf Druckschmerzen Oberbauch re. Bei der Palpation und ein leichten Erythem beide Hände (Hautmanifestation von Leberzirrhose).
VE: Zn: Aszites vor 5 Jahren (war stationär aufgenommen +Aszites Punktion..) aHT , Osteoporose +mehrere Frakturen OP (Bein, Becken, arm, Oberschenkel wegen Osteoporose).
Nicht vergessen nach(Größe, Gewicht Name (buchstabieren lassen) ,Familien Anamnese, Soziale Anamnese, Vegetative Anamnese, Medikamente, Allergien, Nikotin, Alkohol, Drogen) zu fragen.
Fragen:
-Oberbauch schmerzen differential Diagnose: (MI,Mesenterial infarkt, Pneumothorax , Pneumonie, Magenulkus,angiocholitis,cholezystitis,cholelithiasis….Dickdarm nicht vergessen die Patientin hat KOPROSTASE gehabt)
-Leberzirrhose Komplikationen nennen(Enzephalopathie, ösophagusvarizen,Hepatocellularer Karzinom, aszitis..) und die Haut Zeichen nennen..
-Magenulkus beschreiben, Beschwerden , Risikofaktoren (Medikamente wie GK,NSAR und ASS, Nikotinabusus, nach intensiv medizin Behandlung…), HP Eradikation : (tripple Therapie französiche und italienische tripple Therapie, nicht vergessen OGD Kontrolle nach 1 Monat + Biopsie weil einen floriden Magenulkus kann ein Karzinom maskieren.
- Aufklärungen!!! (ob ein Krankenpfleger eine OP aufklären kann weil du kein Zeit hast? Nein/ Ob die Frau von einem Mann, der Alzheimer hat, unterzeichnen kann? Nein wenn Sie keine Vollmacht hat/ wenn eine 16 Jährige kriegt eine OP und die Eltern unerreichbar sind kann sie unterschreiben ? für die OP nein man muss das Familiengericht kontaktieren und ein Vormund nennen und diesen Vormund Aufklären/ wenn die OP dringend ist und es besteht ein Lebensbedrohung kann man Operieren ohne Aufklärung)
- Blut Transfusion ? wie macht man das: Erythrozyten Konzentrat bettside test, was macht man wenn eine Allergische Reaktion aufritt? Blut Transfusion stoppen , überwachen Hämodynamisches status kortikoiden iv? alles dokumentieren ins Labor schicken nochmal Blut entnehmen vom Patient…
- foto vom Leberzirrhose , leber mit Nodülen (man muss beschreiben vas für Nodulen sind das?), wie viel teilen hat der Leber.
- Foto vom Hernien alle Sorte von Hernien (epigastriche Hernie, Nabel Hernie, Leisten Hernie Direkte und indirekte wie erkennt man das wegen der Gefäße, femorale Hernie?)
- Echografie von einer Cholezystits akut wegen Verdickung der gallenwand (3 sichten) + Lithiasis schatten ..
-Aszites Foto: 10-15 L - Aszites könnte der Patient haben muss man schätzen wie viel Liter sind da + muskuläre Hypotrophie muss man auch Erkennen.
Die Prüfer waren nett und freundlich, das heißt aber nicht dass man nicht richtig vorbereiten muss.



Hallo zusammen !
Letzte Woche habe ich die Approbationsprüfung in Wolfenbüttel bestanden.
Prüfungskommission : Sie waren ein Chirurg (Viszeralchirurgie), ein Internist(Gastroenterologie) und ein Urologe (auch Gynäkologe).
Die Prüfung bestand aus 2 Teilen :
1- Patientenvorstellung : Es war ein chirurgischer Fall (einige Tagen nach einer OP): Pat. hatte eine symptomatische Cholezystolithiasis, wurde operiert (Cholezystektomie): Anamnese, Untersuchung, Diagnose, Differentialdiagnosen, Prozedere ;
Man muss danach den Patienten vorstellen (während des Prüfungsgesprächs)
2- Prüfungsgespräch:
- Die Regeln einer Patientenaufklärung (vor einer OP oder vor einer Untersuchung…)
- Komplikation einer Cholezystektomie während der OP (Verletzungen Blutgefässe, Gallengänge, Gallengangsleck…)
- ERCP (Bild zum beschreiben) : Gallengansleck , was macht man in diesem Fall (Man muss einen Stent mittels der ERCP legen)
- Sonografie Abdomen (Bild zum beschreiben) : Cholezystitis +Gallenblasenstein
- Epigastrische Hernie, Nabelhernie, Direkte und indirekte Leistenhernie (Bild zum Beschreiben)
- Wann operiert man laparoskopisch einen Patienten und wann muss man (am besten) offen operieren?
- Hashimoto-Thyreoiditis : Symptomes, Diagnose (Labor+Sono+Szintigraphie), TSH basal Normbereich..
- Hepatitis (A, B, C, D, E): welche können chronisch entwickeln…
- Chronische Gastritis (Einteilung : A, B und C und Beschreibung)
- Chronische Pankreatitis (Symptome)
- Pyelonephritis (Diagnose und Therapie (Stationäre Aufnahme +++ (Risiko : Urosepsis))
- Makrohämaturie : Ursachen. Wann muss man eine Zystoskopie machen ….
*Ich habe von diesen Büchern gelernt : Fall Buch Innere Medizin, Fall Buch Chirurgie, Last minute Pharmakologie, EKG-Kurs für Isabel, Sono Grundkurs (Thieme)(Matthias Hofer), Bildgebende Verfahren in Frage und Antwort (Elsevier), Checkliste Innere Medizin (einige Themen habe ich von diesem Buch gelesen), DocCheck Flexikon (Im Internet)
Für die Anamnese sowie die Patientenuntersuchung sind “Amboss Videos” (U-Tube) sowie Deutsch für Ärztinnen und Ärzte gut (besonders für einen Anfänger)



Hallo zusammen !
Letzte Woche habe ich die Approbationsprüfung in Wolfenbüttel bestanden.
Prüfungskommission : Sie waren ein Chirurg (Viszeralchirurgie), ein Internist(Gastroenterologie) und ein Urologe (auch Gynäkologe).
Die Prüfung bestand aus 2 Teilen :
1- Patientenvorstellung : Es war ein chirurgischer Fall (einige Tagen nach einer OP): Pat. hatte eine symptomatische Cholezystolithiasis, wurde operiert (Cholezystektomie): Anamnese, Untersuchung, Diagnose, Differentialdiagnosen, Prozedere ;
Man muss danach den Patienten vorstellen (während des Prüfungsgesprächs)
2- Prüfungsgespräch:
- Die Regeln einer Patientenaufklärung (vor einer OP oder vor einer Untersuchung…)
- Komplikation einer Cholezystektomie während der OP (Verletzungen Blutgefässe, Gallengänge, Gallengangsleck…)
- ERCP (Bild zum beschreiben) : Gallengansleck , was macht man in diesem Fall (Man muss einen Stent mittels der ERCP legen)
- Sonografie Abdomen (Bild zum beschreiben) : Cholezystitis +Gallenblasenstein
- Epigastrische Hernie, Nabelhernie, Direkte und indirekte Leistenhernie (Bild zum Beschreiben)
- Wann operiert man laparoskopisch einen Patienten und wann muss man (am besten) offen operieren?
- Hashimoto-Thyreoiditis : Symptomes, Diagnose (Labor+Sono+Szintigraphie), TSH basal Normbereich..
- Hepatitis (A, B, C, D, E): welche können chronisch entwickeln…
- Chronische Gastritis (Einteilung : A, B und C und Beschreibung)
- Chronische Pankreatitis (Symptome)
- Pyelonephritis (Diagnose und Therapie (Stationäre Aufnahme +++ (Risiko : Urosepsis))
- Makrohämaturie : Ursachen. Wann muss man eine Zystoskopie machen ….
*Ich habe von diesen Büchern gelernt : Fall Buch Innere Medizin, Fall Buch Chirurgie, Last minute Pharmakologie, EKG-Kurs für Isabel, Sono Grundkurs (Thieme)(Matthias Hofer), Bildgebende Verfahren in Frage und Antwort (Elsevier), Checkliste Innere Medizin (einige Themen habe ich von diesem Buch gelesen), DocCheck Flexikon (Im Internet)
Für die Anamnese sowie die Patientenuntersuchung sind “Amboss Videos” (U-Tube) sowie Deutsch für Ärztinnen und Ärzte gut (besonders für einen Anfänger)



ich habe die Approbation Prüfung in Wolfsburg bestanden :
erste Teil : Patient Vorstellung Patientin mit Lufnot seit 3 Wochen
Diagnose Vorhofflimmern
du muss über alles erzahlen laboruntursuchung, TEE, EKG, korperlich Untursuchung , die andere Prüfungkandidaten ware Sprunggelenkfrakture classification und über Gelenk untursuchung max flextiin und extention bei Hüft knie gelenk und sprunggelenk bewegung (plantar dorsiflexion obersprunggelenk und eversion inversion unter sprunggelenk)
der dritte Fall: pnt mit z. n Myocardian infarction.
Zweites teil : alles zusammen gleichzeitig geprüft
chirugie: inguinal hernia direct und indirect , untursuchung, inguinal canal content, operation , vas deferens verletzung, hoden necrose op revision,
pneumothorax behandlung punktion saug drainage wenn nicht geklappt , verletzung von brochalsystem

medicine copd behandlung ,untursuchung,
pnt mit abgeschlagenheit und polyurea diabetes typ eins DKA , diagnostik ketone in urine, behandlung volum ersatz , insulin, kalium, reicht venose Blut Probe du brauchst keie arterielle Blut Sample

lungen fibrose

radiologie: Rontgen lungen fibrose (peripheral Verdichtung) und andere mit lungen Ödem (vergröser Herz mit inferior zone verdichtung)
ct pyrlonephritis
ct necrotizing fascitis
ct hyperdense vertebral bodies und vorgeschichtd von Brustkrebs und palmoplanta pustulosis diagnose SAPHO syndrom (combined Dermatologie und Radiologie Frage weil ich Dermatologin bin)
EKG vorwand MI
AV Grad 2



Ich habe am 23.06.2015 die Kentnissprüfung in St. Marien KH Osnabrück (die gleiche Commission wie beim Kollegen Issam Alssoufi) abgelegt und gut bestanden!

Für die Prüfung bin ich seit 9.2014 angemeldet. Den Termin habe ich am 24.05.2015 per E-Mail bekommen.

Ich bin Ass. Arzt Unfall-Ortho.

Mein Patient war kardiologisch!

Am wichtigsten ist, dass du dich wie bei der Behandlung eines Patienten in NFZ fühlst, nicht hectic werden, dich zum Patienten vorstellst und über die relevante Symptome, Ablauf, Medikamente, Risikofaktoren, Sozialanamnese, Familienanamnese fragst. Systematisch untersuchen und Kommentare danach schriftlich auf die besondere Bogen geben, als Issam Alssoufi ausführlich beschrieben hat.

Anamnese Erhebung sowie Untersuchung für einen Patient der seit 1Woche Thorakale Schmerzen links ohne Ausstrahlung hatte.
DDx. Akutes Koronarsyndrom!

Ich war leider der letzter Kandidat von den 3 Kandidaten zu prüfen, deswegen müsste ich ca. 120 Min. auf die anderen Kollegen warten, bis die Ihre Prüfung absolviert haben, aber ist nicht schlim!

Der Kardiologe hat mit seinem Teil über den o.g.Pat. angefangen. Ich sollte den Fall vorstellen ...
Dann kamen die Fragen:
DDx.
Diagnostik.
EKG und Labor (Troponin I und CK MB) zu beurteilen.
Unterschied zwischen. ST-Erhebung und non ST Erhebung Infarkt.
Akute Therapie.
Komplikationen (akut und spät)
Medikamentöse Therapie.

Nächste Frage über TVT (Tiefvenenthrombose)
BGA (Blutgasanalyse) bei TVT.
Diagnostik.
Behandlung.
Komplikationen.

Teil 2 mit dem Gefäßchirurgen:
Rö Thorax Peumothrax spontan.
DDx.
Akute Therapie.
Komplikationen.
Rezidiv.

CT Abdomen mit KM Aortik-Aneurysma.
Fragen:
Aorta Durchmesser normal.
OP Indikation.
Nennen operative Verfahren.

Teil 3 mit dem Neurochirurgen.



Schädel-Hirntrauma:
Glasgow Coma Scale.
Akute Diagnostik.
Behandlung.

HWS Trauma:
Akute Diagnostik.
Behandlung.
Komplikationen.

Stroke:
Akute Diagnostik.
Akute Behandlung.
Komplikationen.
...keine Gerinnunghemmer geben, vor Ausschluss einer Blutung bzw. Hämorrhagische Infarkt!



Ich habe, Gott sei Dank, heute 06.09.2016 die Approbation in Wolfenbüttel bestanden:
Prüfer: Pr Dr Kinan Rafai(Innere Medizin Schwerpunkt Gastroenterologie)+ Pr Dr Heinrich keck(Chirurgie allgemein)+ Dr Mattias Buhles(Facharzt Urologie und Gynäkologie).
Jeder Kandidat hat ein Patient zur Untersuchung und Aufnahmegespräch gehabt:
Meine Patientin kommt wegen plötzlich aufgetretene Oberbauch bohrende Schmerzen rechts mit Ausstrahlung in den Rücken+ Übelkeit, Ohne (Fieber, erbrechen, Änderung der Stuhlgewohnheiten).
Körperliche Untersuchung Unauffällig bis auf Druckschmerzen Oberbauch re. Bei der Palpation und ein leichten Erythem beide Hände (Hautmanifestation von Leberzirrhose).
VE: Zn: Aszites vor 5 Jahren (war stationär aufgenommen +Aszites Punktion..) aHT , Osteoporose +mehrere Frakturen OP (Bein, Becken, arm, Oberschenkel wegen Osteoporose).
Nicht vergessen nach(Größe, Gewicht Name (buchstabieren lassen) ,Familien Anamnese, Soziale Anamnese, Vegetative Anamnese, Medikamente, Allergien, Nikotin, Alkohol, Drogen) zu fragen.
Fragen:
-Oberbauch schmerzen differential Diagnose: (MI,Mesenterial infarkt, Pneumothorax , Pneumonie, Magenulkus,angiocholitis,cholezystitis,cholelithiasis….Dickdarm nicht vergessen die Patientin hat KOPROSTASE gehabt)
-Leberzirrhose Komplikationen nennen(Enzephalopathie, ösophagusvarizen,Hepatocellularer Karzinom, aszitis..) und die Haut Zeichen nennen..
-Magenulkus beschreiben, Beschwerden , Risikofaktoren (Medikamente wie GK,NSAR und ASS, Nikotinabusus, nach intensiv medizin Behandlung…), HP Eradikation : (tripple Therapie französiche und italienische tripple Therapie, nicht vergessen OGD Kontrolle nach 1 Monat + Biopsie weil einen floriden Magenulkus kann ein Karzinom maskieren.
- Aufklärungen!!! (ob ein Krankenpfleger eine OP aufklären kann weil du kein Zeit hast? Nein/ Ob die Frau von einem Mann, der Alzheimer hat, unterzeichnen kann? Nein wenn Sie keine Vollmacht hat/ wenn eine 16 Jährige kriegt eine OP und die Eltern unerreichbar sind kann sie unterschreiben ? für die OP nein man muss das Familiengericht kontaktieren und ein Vormund nennen und diesen Vormund Aufklären/ wenn die OP dringend ist und es besteht ein Lebensbedrohung kann man Operieren ohne Aufklärung)
- Blut Transfusion ? wie macht man das: Erythrozyten Konzentrat bettside test, was macht man wenn eine Allergische Reaktion aufritt? Blut Transfusion stoppen , überwachen Hämodynamisches status kortikoiden iv? alles dokumentieren ins Labor schicken nochmal Blut entnehmen vom Patient…
- foto vom Leberzirrhose , leber mit Nodülen (man muss beschreiben vas für Nodulen sind das?), wie viel teilen hat der Leber.
- Foto vom Hernien alle Sorte von Hernien (epigastriche Hernie, Nabel Hernie, Leisten Hernie Direkte und indirekte wie erkennt man das wegen der Gefäße, femorale Hernie?)
- Sonografie von einer Cholezystits akut wegen Verdickung der gallenwand (3 schichten) + Lithiasis schatten ..
-Aszites Foto: 10-15 L - Aszites könnte der Patient haben muss man schätzen wie viel Liter sind da + muskuläre Hypotrophie muss man auch Erkennen



Die Kommission war Dr. Schwörer (Diabetolog, Gastroenterolog), Dr. König (Onkolog, Gastroenterolog) und Dr. Katharina Von Hammerstein (Allgemeinchirurg).
Prüfungsort -Klinik für Gastroenterologie, Uni- Göttingen.
Herr Schwörer hat über Verlauf der Prüfung erzählt und Ausweis angeschaut. Dann haben wir eine Anamnese bogen bekommen und wir sind jeweils mit ein Prüfer zur Patienten gegangen. Dr Von Hammerstein war meine Prüferin. Ganz nette und logische Atmosphäre.
Mein Patient wurde wegen einen bronchialkarzinom operiert. So habe ich Zeit um Anamnese zuerheben. Es dauert 35-40 min, denke ich.
66j, Mann, Raucher, mit Dyspnoe NYHA II, kein Husten, kein Hämoptesie, keine B-Symptomatik. FA +.
Körperliche Untersuchung wurde schon erst mit Frage angefangen : welche Operation hat Patient gehabt? Lateralpneumonektomie.
Braucht Drainage Systeme? Ja . Wo ? Lat.
Lungen Untersuchung (Pleural Erguss li.)
Abdomen Untersuchun (außer Nabelhernie war unauffällig, Leber und Milz Untersuchungen)
Wegdrückbare Beinödeme bds.
Periphere Pulse.
Danach sollte ich schnell die Anamnese Bögen ausfüllen.(Pat. Hat viel gesprochen)
danach hatte ich 2-3 min um die Akte zu anschauen.
Sooo Mündliche Prüfung.
Ich war die erste, hab selbst gesagt.
Mündliche Prüfung; stellen sie den pt vor. habe ich meinen Patient vorgestellt komplett und auch die ganze differenzial Diagnose und diagnostische Verfahren. :)
Es reicht Frau Zandian :))) , sagte Dr Von Hammerstein.
Risikofaktoren für Lungenkarzinom?
Was für eine Lungenkarzinom hat er?
Kardiologische Abklärung ?
Welche Karzinom denken Sie ?
Metastasierung?
Operative Verfahren?

und dann Dr König gefragt ;)
Junger Patient wurde mit blutige Erbrechen in ZNA eingeliefert, somnolent!!! Keine Anamneseerhebungsmöglichkeiten!
A to Z ??
DDs?
Diagnostisch?
HB: 5 mg/dl ???
INR:11???
Leberzirrhose, Transplantation? Pfortaderthrombose?
Schock??
ÖGF Aufklärung?
Frau Zandian : es reicht ... Ich hab meine Entscheidung gettroffen
Dr schwörer:
junger Patient am Nacht gekommen wegen groß Zehe rot heiß geschwollen, Diagnose-Gicht; wie bestimmt-
Muss unbedingt Harnsäure bestimmt werden?
Medikament-colchicin. KI?
Wann braucht man katekolamin? Welche kennen Sie? Welche ist inotrop? Kardiotrop?

ott sei Dank heute habe ich die GWP bestanden. Die Kommission war Dr. Schwörer (Innere), Dr. König (Innere) und Dr. Katharina Von Hammerstein (Chirurgie). Prüfungsort -Klinik für Gastroenterologie, Uni- Göttingen.
Herr Schwörer hat über Verlauf der Prüfung erzählt und Ausweis angeschaut. Dann haben wir eine Anamnese bogen bekommen und wir sind jeweils mit ein Prüfer zur Patienten gegangen. Ich bin mit Dr König begleitet worden. Er hat mich mit Patient vorgestellt und gesagt dass ich 25 Minuten habe für die Anamnese zu erheben. Nach 20 min, hat er mich gesagt um Abdomen zu untersuchen, ich hab oberflächliche und tiefe palpation gemacht und dann hat er gefragt, wie untersucht man Leber. Ich habe Leber palpiert, abgeklopft und auskultiert. Dann hatte ich noch 20 min um die Anamnese fertig zu machen. danach hat er mir den Arztbrief gegeben um zu anschauen (5 min). Dann mussten wir die Mündliche Prüfung machen. Ich war 2. deshalb hatte ich bisschen zeit um was über meinen Fall zu lesen.
Mein Fall war ein 59 jähriger pt. Er kriegt stationär Chemotherapie (wegen Nieren Insuffizienz), gegen ein kolon Karzinom mit Leber Metastasen. er wurde schon operiert und bestrahlt und hat auch ein kolostomie und ein Harn Katheter. aber die Anamnese war ganz einfach. der pt hat zurzeit keine Symptome und als Blutspender wegen Blutbild Veränderungen zur Abklärung zum Hausarzt gegangen. dort wurde eine Magen Darm Spiegelung gemacht und Karzinom entdeckt. dann Vorerkrankungen Medikament, Familien Anamnese Allergien und B Symptomatik gefragt (ganz kurz). Habe ich alles gleichzeitig geschrieben. beim Untersuchung teil des Bogens musste ich nur schreiben was ich gemacht hab.
Mündliche Prüfung; stellen sie den pt vor. habe ich kurz dazu gesagt und dann hat dr König gefragt warum stationär Behandlung- wegen Nieren Insuffizienz; welche Chemotherapie kann man mit Nieren Insuffizienz nicht geben-wusste ich nicht; Chemotherapie Nebenwirkungen-KM suppresion; warum leuko früher und erythros später betroffen-wegen life span; dann gefragt wie entdeckt bei mein pt-Blut Bild Veränderungen; welche- Anämie; was für ein Anämie-hypochrom mikrozyt;wie entwickelt-Eisen Mangel; was muss dafür bestimmt werden-ferretin, transferrin und transferrin sätigung; diese sind Leber Funktion abhängig und noch was?- wusste ich aber vergessen(Rezeptor Konzentration). dann Darmspieglung Aufklärung-wann und welche Risiken-alles erzählt aber er sagt wegen die Schmerz Medikament, Blutdruck Abfall dann tachykardie und dann für pt mit KHK ein große Risiko.
Frau Hammerstein; 17 jährige Patientin, auf hohe gefallen, keine Auffälligkeiten. sollen wir zu hause schicken-nein Überwachung; nach 2 tage, Luftnot und tachykardie-LAE, intraabdominale Blutung; wie diagnosiert-sono; wo soll man für freies Flüssigkeit in Abdomen anschauen-douglous pouch und abdominal recess; welche organ-2seitige milz Ruptur; was zu machen-Stabilisierung und Op; Op unterschied zwischen Kinder und erwachsene; was noch muss man machen-Impfung;eine begriff-OPSI. Komplikationen nach splenektomie; 1 und 2 seitige Ruptur, noch ein Ruptur art-spontan Ruptur bei splenomegalie.
Herr Schwörer; marcumar pt braucht sofort op; was soll man geben-vit k abhängige Gerinnung Faktoren; wie heißt Präparat- wusste nicht; jung pt am Nacht gekommen wegen groß Zehe rot heiß geschwollen, Diagnose-Gicht; wie bestimmt-Harnsäure;Medikament-colchicin.
Herr König; pt bei KM Untersuchung, Luftnot und tachykardie Blut druck Abfall-anaphylatisches schock; Behandlung usw; dann der pt wird stationär aufgenommen stabilisiert aber immer noch tachykardie, warum-Jod hältige KM führt zu hyperthyreose; wie bestimmt-TSH, t3 t4; welche Medikament- karbimazol; noch was- korticosteroids; warum- hemmen t4 zu t3 conversion.
Dr. Hammerstein; pt mit Schnittwunde am Hand- nerven Funktion überprüfen; Behandlung. wann zu kontrollieren-am nächsten Tag; schmutzte wunde Behandlung; Tierbiss Behandlung-ganz kurz
Herr Schwörer; Schmerz Medikamente-NSAR, Opiode; welche Medikament muss mit NSAR-PPI; Nebenwirkung Langzeit PPI Behandlung-Atemweg Infekt weil kein azid mehr als bakterizid.

ich habe am 10.Juni die Approbation prüfung in universitätsklinikum Göttingen bestanden.
Prüfern,
Herr prof.Dr. Harald schwörer
Herr Dr.Fritz Khal
Herr Dr.Alexander Emmert
Jeder Teilnehmer bekommt einen fall und mit einem Prufer ins pat.Zimmer und mann bekommt vor der Untersuchung einen anamnesen Bogen.
der Prufer sitzt daneben und will vom kopf bis zum fuß sowie neurologie untersuchen.
mein Fall war eine 17jahrige.Frau ,die vom Motorad runtergefallen ist.
-60 minuten mundliches Gespräch und ich wurde ein paar fragen über diesen themen gefragt :
- diagnostische Maßnahmen bei polytrauma
- pneumothorax
-ursache Fieber innerhalb der erste 2 tagen postoperativen
-Miltz Ruptur
-D.D Akut abdomen
-Intubation
-Glasgo-coma-scale
-Herzinfarkt
-Lungenembolie
-abnormal Herzgeräusche
-bluttransfusion
-Morphy's zeichen
-Hepatitis
-magen ulcus



Die Kenntnissprüfung Niedersachsen
تجربة جديدة في نيدرزاكسن أنشرها كما وصلتني.. مع الشكر لصاحب التجربة
==
Klinische Teil :

Ich habe eine Patientin mit Nabel Hernie .
Ich habe die Anamnese erhoben und die körperliche Untersuchung (alles sowie Hirnnerven und das Kleinhirnzeichen) gemacht .
....
Mündliche Teil:

Chirurgie :
• Alles bezüglich der hernie
Definition , Typen , die Symptome ,Risikofaktoren (mann muss alles sagen) .
• Was ist den Unterschied zwischen Herniotomie nach Shouldice und Lichtenstein
Und auch der Unterschied zwischen TAPP & TEP ?

Hier musste ich über die O.P genauer Technik und die Anatomie der Bauchwand & Komplikationen der O.P erzählen .
• Was ist die HiatusHernie , Typen, Unterschied, Wann muss man operieren ?
• Was finden Sie mit einr Hiatushernie Patient in Gästroskopie ?
Cameron Ulkus und Blutung
• Aufklärung von Magenspiegelung , Wann muss mann mit dem Patient gesprochen ?
➡(24 h vor dem Eingriff)
Was muss man genau sagen ?
(wie läuft, Komplikationen, Alternative, Unterschrift)
• Was ist die Fundoplikato , Typen , welcher Typ ist Besser?
• Welcher keim ist mit Crohn assoziiert ?
• NW von Azathioprin & Prednisolon
• Welche Chemotherapie bei Nieren Insuffizienz können nicht geben?
....
INNERE:

• was ist sinus sigmoid thrombosis ? Risikofaktoren, Behandlung?
Der Professor hat mir gefragt: Ein Patient mit 4 Wochen Sehstörungen !
Was werden Sie tun ?
Jede Diagnose mit sichere Diagnose Maßnahme nennen.
1. Körperliche Untersuchung (neuro)
Er hat mir gesagt: NORMAL
2. Fundoskopie (Warum ?) ▸ zum erhöhte intracranial Blutdruck Ausschließen
Auch Normal .
4.Hirnnerven Untersuchung Warum !!!
Gehirntumor ! Was machen sie ?
CT! Gut aber Können Sie eine CT bestellen ? Nein, Warum .. Ich habe keine Strahlungschutz Kurz gemacht.
Und auch Normal !!!
3. Blutdruck Untersuchung vielleicht HTN Krise (ich habe alles erzählt)
Normal !
4.DM !! Warum ! Unkontrolliert! Wie ▸ HBA1C
Was ist die Orale antidiabetike Medikamente kennen Sie (nur Namen) ?
Aber Nochmal NORMAL

Dann Alles Normal ? Schicken Sie der Patient zu Hause? Nein zum Augen Arzt
Welchen Augenuntersuchung gibt es ?
Die Gesichtsfelds, die Augenbeweglichkeit und vusisprüfung , die Augenstellung, Spaltlampe Untersuchung , Messung des Augeninnendrucks .
Hat gesagt wie !
(Ich wusste nicht) ➡ das heißt Tonomerie
Hier gefragt über die D.D nochmal:
1.Glaukom (Die Behandlung)
2. Katarakt (Die Behandlung)
3. Retina detachment ...
4. neu Brielle
Wie Behandlung Sie eine Retina Detachments ?
....
Die letzte war die Orthopäde

• Röntgen von distale Radiusfraktur
• wenn Konservative und wenn Operation?



التابعه لولاية نيدرساكسن Göttingen تجربتي في اجتياز امتحان التعديل في مدينه غوتينغن
اللجنه :
1-Dr .Beham (allgemein Chirurgie)
2-Dr.Hammerstein (allgemein Chirurgie)
3-Dr.Schanz (innere Medizin-Hämatologie)

التاريخ : 30.11.2016
بدايه الامتحان الساعه 10:30
الجزء الأول: انا رافقت باعتبارني اعمل في قسم الداخليه dr.Hammerstein
يجب فحص المريض بشكل مفصل (Anamnese-Körperliche Untersuchungen......)
أجري له عمل استئصال جزئي للجنب spontanpneumothorax مريضي كان شاب 30 سنه لديه
. بعدين يجب كتابه القصه على أوراق جاهزه تم تسليمها لنا قبل الامتحان
بعدين استراحه 15 دقيقة

الجزء الثاني الساعه 12:00

Dr.Hammerstein:
Frage : stellen Sie den Patienten vor !
قدمنا المريض بشكل مفصل
Frage:was sind die Ursachen von Spontanpneumothorax ?
wie kann man behandeln ?
Wo muss Drainage gelegt werden?
Was muss vor OP gemacht werden ?(Aufklärung).......
Welche klinische sehen Sie bei Pneumothorax (hypersonor klopfschall ,abgeschwächte Atemgerüsche ..)
Wann muss Pneumothorax operativ versorgt werden ?
Wenn eine pleurektomie erfolgen,
Was wird passiert ?? هون بدها ليش نستاصل الجنب

Dr.Schanz
Frage :Sie haben ein Patient mit Nasenbluten und 10000 Thrombozyten , was bedeutet das??thrombozytopenie .
Was sind die Ursachen von Thrombozytopenie?
Was ist das häufige Medikament ,das die thrombozytopenie auslösen kann ?Heparin
Was ist ITP ?? Was sind die Auslöser? Nach Virale Infektion und und bei Schwangerschaft.
Zu welcher Gruppe gehört ITP ?Autoimmunerkrankungen.
Was ist die Mechanismus von ITP ?Antikörper gegen Thrombozyten.
Wie kann man ITP behandeln ? Thrombozyten und Glukokortikoid e.Welche Steroide geben Sie und die Dosis ?Prednisolon 1 mg /kg .
Was sind die Nebenwirkungen von Steroide ?
Wenn der Patient mit ITP blutet was muss man geben ? Immunoglobulin.

Dr.Beham
Frage : ein Patient mit Spannungpneumothorax ,ist das gefährlich??Ja
Was sind die klinische Symptome ?Halsvenendtauung ,Mediastinumverschiebung ......
Warum stirbt man bei Spannungpneumothorax ? Schock
was sind Deferentialdiagnose von Brustschmerzem ?? Myokardinfarkt,Athma,LAE,......
was noch ??
ösophagusruptur
was heisst Syndrom ? Boerhav Syndrom.
Was sind die Ursachen von Ösophagusruptur ??

Was sind die klinische Zeichen ? Hautemphysem und Bluterbrechen nicht vergessen.
Wie kann man die Ruptur feststellen? CT-Thorax mit Wasser löslichen Km .
Was sieht man bei CT? Frei Luft im Mediastimum und Flüssigkeitansammlung .
Was ist die Therapie? Operative Versorgung.
Was ist wichtig vor OP ?Größe der Ruptur. Wie kann man feststellen? Hier muss man ÖGD .
Eine Patient wurde operiert, nach 5 Tage hat Luftnot , woran denken Sie ?Lungenembolie.
Ist das gefährlich? Ja ab Stadium 3.
Was ist die Ursache von LAE ?TVT .
Wie löst Thrombose eine LAE aus? Einschwemmung von Thrombus in Blutstrom und Verschluss eine pulmonale Arterien.
Was stellen Sie die Diagnose fest ?
BGA(HYPERVENTILATION) ,D-Dimmer .
Was noch wichtig? Echokardìgraphie (Rechtherzbelastung)
Wie Sichern die Diagnose?
CT-Thorax mit KM .

Frage : Der Patient mit LAE wurde behandelt, nach 8 Tagen hat er Thrombozytopenie,was ist die Ursache?? HIT .
جو الامتحان كان رائع جداا واللجنة كانت لطيفه جدااا

Die Bücher :
Fallbuch innere
Fallbuch Chirurgie
Deutsche für Ärzte und Ärztinnen
Klinikleitfaden (Hämatologie)



Ich habe die Prüfung in Askelepios Klinik in Seesen gemacht.
Die Prüfer waren: Prof. Ortlepp(Chef der Kardiologie) , Dr. Rittmeyer (Chef der Chirurgie. Und Dr. Batusich (Ltd. Oberarzt in der Gastroenterologie.
1- die Prüfern waren alle sehr nett.
2- mein Patient war aufgrund der V.a akutes Leberversagen stationär Aufgenommen. (bekannte Diagnosen: DM Typ II insulinbedürftig, Herzinsuffizien bei z.n Herzinfarkt, VHF, mitralklappen insuffizienz und pulmonale Hypertonie, Schrittmacher Imp), PAVK li mit DES Stent imp. , z.n Unterschenkelamputation rechts. Chronische Niereninsufgizienz. Sehstörungen (Sehrtärke 3% re, li Blind). Diabetisches Fußsyndrom
3- bei Körperlicher Untersuchung musste ich besonders die Sehnenreflexe überprüfen und periphere Pulse Nachtasten.
4- angefangen mit Pat.Vorstellung, Fragen nach Diabetes mellitus(wie diagnosteziert man DM, besondere Frage nach orale glukose intoleranz Test, welche Type vom DM gebts, was ist der Unterschied. Was sind Komplikationen und genau über Koma diabeticum was ist Unterschied zwischen Typ I und II und wie behandelt man es.
5- was prüft man bei V.a akutes Leberversagen im Labor(Transaminase und Cholestase Parameter) was sind diese Parametern.
6- Chirurgie: was ist die Ursache der Amputation bei diesem Patient(pavk) , welche klassifikation gibts? Wie behandelt man das.
Diabetische Fuß: Therapie und Einteilung.
Was wissen Sie über Frakturen als internist(Ao- klassifikation) . Was ist Unterschied zwischen Frakturen bie Erwachsene und Kinder. Ab Wann stoppt der Wachstum bei Kinder,
Kann man bei Kindern die Frakturen ohne Therapie lassen? Ja, warum? Wegen selbst Korregieren.
• Ursache der Cholestase und wie unterscheidet man klinisch zwischen Lithiasis und Tumor (schmerzlose Ikterus)
7- kardio:
Pat kommt mit akuter Luftnot? Was machen Sie? Zu ende Lungenembolie, weiter? Klassifikation und wie behandelt mann es.
2 EKG(Av-Block II und welche mobitz(II), St Hebung in Ableitung III aund AVF, hinterwand infarkt
• warum hat man bei diesem Pat kein MRCP gemacht? (wegen Schrittmacher).
Was macht man um die Mobilität diesem Pat zu verbessern (Prothese und Hilfsmittel und Früh sowie Rehabilitation).
Es gab viele Röntgenbilder dabei aber ich bin nicht darüber gefragt.

Das wars 
War zu lang aber hauptsache die Prüfung bestanden.
Ich habe von folgenden Büchern gelernt:
•Herold Innere medizin
•Fallbuch (Innere + Chirurgie)
•Checkliste Innere
•Fragen und Antworte (Innere + Chirurgie)
•Strahlenschutz Zusammenfassung (von der Gruppe hier).
Von Youtube : medizinische Vedios.



Approbationspüfung in Göttingen
Ich habe vorletzte Woche die Approbationspüfung in Göttingen abgelegt.

Die Prüfern waren Dr. Kunsch (Gastroenterologe), Dr. König (Gastroenterologe) und Dr. Kummert (Thoraxchirurg) .
Die Prüfung fing um 10:30 Uhr an. Dr. Kunsch hat uns über den Ablauf der Prüfung geklärt.

Ich habe Dr.Kummert begleitet (es ist so in Niedersachsen, dass man einen Arzt von einer anderen Fachrichtung begleitet "ich bin ein Internist")
Der Patient hat Lungenmetastasen bei bekanntem Nierenzellkarzinom. Ich hatte nur 30 Minuten für die Anamnese und die körperlische Untersuchung. Ich habe nur das Herzens auskultiert, dann wurde ich ein Paar Fragen gefragt (die klinische Zeichen der Appendizitis, Pankreatitis, Untersuchung der Leber), und habe ich die Akte gelesen und die Anamnesebogen ausgefühlt.

Der zweite Teil:
Ich habe den Patient nur vorgestellt, ohne eine einzige Frage über diesen Fall zu bekommen.
Dr. Kummert hat mir ein EKG gegeben. Es war ein VHF. Dann hat er alles über VHF gefragt (Komplikationen / OAK.......)
Dr. Kunsch: Patient mit zunehmender Müdigkeit DD
DD Anämie (Labor/ Ursachen/ Therapie/ Pathophysiology)
Dr.König: Patient mit Ekterus DD
Die Prüfern waren sehr nett
Viel Erfolg



Approbationspüfung in Göttingen
Ich habe vorletzte Woche die Approbationspüfung in Göttingen abgelegt.

Die Prüfern waren Dr. Kunsch (Gastroenterologe), Dr. König (Gastroenterologe) und Dr. Kummert (Thoraxchirurg) .
Die Prüfung fing um 10:30 Uhr an. Dr. Kunsch hat uns über den Ablauf der Prüfung geklärt.

Ich habe Dr.Kummert begleitet (es ist so in Niedersachsen, dass man einen Arzt von einer anderen Fachrichtung begleitet "ich bin ein Internist")
Der Patient hat Lungenmetastasen bei bekanntem Nierenzellkarzinom. Ich hatte nur 30 Minuten für die Anamnese und die körperlische Untersuchung. Ich habe nur das Herzens auskultiert, dann wurde ich ein Paar Fragen gefragt (die klinische Zeichen der Appendizitis, Pankreatitis, Untersuchung der Leber), und habe ich die Akte gelesen und die Anamnesebogen ausgefühlt.

Der zweite Teil:
Ich habe den Patient nur vorgestellt, ohne eine einzige Frage über diesen Fall zu bekommen.
Dr. Kummert hat mir ein EKG gegeben. Es war ein VHF. Dann hat er alles über VHF gefragt (Komplikationen / OAK.......)
Dr. Kunsch: Patient mit zunehmender Müdigkeit DD
DD Anämie (Labor/ Ursachen/ Therapie/ Pathophysiology)
Dr.König: Patient mit Ekterus DD
Die Prüfern waren sehr nett
Viel Erfolg

Die Bücher:
Fallbuch Innere/Chirurgie
Frage und Antwort Innere/Chirurgie
Amboss

الحمدلله مبارح قدمت امتحان الأبروباتسيون ب غوتينغن ونجحت
Ich habe am 31.01.2017 die Approbationsprüfung in der Universitätsklinik in Göttingen gemacht. Die Prüfer waren Herr Dr. Emmert (Thoraxchirurgie), Herr Dr. Beham (Allgemein- und Adipositaschirurgie) und Herr Dr. Kunsch (Innere Medizin und Gastroenterologie). Wir waren 3 Kanditaten (2 Innere und 1 Pädiatrie).
praktischer Teil: Ich habe Herrn Emmert begleitet. Es hat ca. 60 min gedauert. Ein Patient mit Z.n. Rektumkarzinom vor 4 Jahren und Lungenmetastase vor 2 Jahren (operativ behandelt) und aktuell Rezidiv der pulmonalen Metastase im linken Oberlappen, welche auch operativ mittels Lungenteilresektion behandelt wurde. Keine Vorerkrankungen oder Vormedikation. Ich sollte die Anamnese sowie die körperliche Untersuchung durchführen und dann einen Anamnesebogen ausfüllen. Herr Emmert stellte einige Fragen : Untersuchung des Herzens(Wo hört man welche Herzklappe) , Untersuchung der Leber (auch Kratzauskultation) , Untersuchung der Milz (wie am besten), der Patient war heiser (woher kommt die Heiserkeit ? Verletzung des Kehlkopfnervs nervus laryngeus recurrens (möglich durch die OP) , Aufgabe der Stimmlippen ? und noch ein Paar Fragen im HNO-Bereich (die ich nicht beantworten konnte!! aber es war nicht schlimm)
Theoretischer Teil : Alle drei Prüfer waren dabei anwesend.
Als erstes habe ich den Patienten für die anderen beiden Prüfer vorgestellt.
Dann hat als erstes Herr Emmert Fragen gestellt.
--Welche Lungenerkrankungen kennen sie ? Ich habe Pneumonie geantwortet. (Häufigste Erreger für Pneumonie, welche Pneumonieart lösen die Streptokokken aus? und bei wem am häufigsten ? Warum müssen wir die Streptokokken bei Kindern behandeln ? Was sind Folgen der Streptokokken bei Kindern (Pathophysiologie)?
Kinder entwickeln Antikörper gegen Streptokokken, die andere Organe angreifen können. Welche Organe am häufigsten ? Das Herz. Welche Klappe am häufigsten ?Mitralklappe. Führen zur Stenose oder Insuffizienz der Mitralklappen ? Insuffizienz.

Als nächstes hat Herr Kunsch gefragt.
-Differentialdiagnosen thorakale Schmerzen.
--Ursache der LAE ? TVT, Weg des Thrombus von den Beinvenen bis zur Lungenarterie. Wie kann eine LAE zum Tod führen (Physiologie)?
- Wie erkennt man eine Rechtsherzbelastung am besten ?
- Was kann man bei einer Rechtsherzbelastung im EKG sehenn ?

Dann hat Herr Beham gefragt:
Patientin , 67 Jahre alt , mit Mittelbauchschmerzen, keine Vorerkrankungen, keine Vormedikation
Wie gehen Sie vor ?
Anamnese, gestern Abend starke Bauchschmerzen, dann waren die Schmerzen weg, heute morgen traten die Schmerzen erneut auf. Kein Erbrechen, kein Durchfall, kein Fieber, keine weiteren Beschwerden.
Körperliche Untersuchung, Peritonismus
Differentialdiagnosen: Ich habe alle möglichen Erkrankungen des Abdomens genannt, es war ein Mesenterialinfarkt.
Pathophysiologie des Mesenterialinfarkts (warum hatte die Patientin abends und dann erst wieder morgens?)
Therapie des Mesenterialinfarkts.
Fragen zum Pneumothorax (auch Pathophysiologie und wie es zum Tod führen kann)
Wie viel Kalorien braucht man am Tagg?

Es wurden noch einige Fragen gestellt, die ich mir jedoch nicht alle gemerkt habe.
Die Prüfer und der Patient waren sehr nett.

Bundesland: **Niedersachsen** **Stadt:** **Hannover** **Datum: 18. Mai 2017**

Prüfungsfächer:

Innere Medizin, Chirurgie, X

Prüfungskommission:

Diakovere Henriettenstift

Dr. Thomas Weiss,

Dr. Alexander Gröbe,

Dr. Jürgen Schäffer

Prüfungsablauf:

Den Prüflingen wurde jeweils 30min Zeit gegeben um eine allgemeine Anamnese und körperliche Untersuchung eines zugeteilten Patienten zu erheben. Danach durften für 30min die Patientenakten bearbeitet werden.

Anschließend gab es für jeden Prüfling eine mündliche Prüfung über 60min.

Mein Patientenfall war eine Jochbein – Jochbogen Fraktur mit Orbita- Bruch.

Praktischer Teil:

Mündlicher Teil:

Fragen aus der Inneren Medizin:

- Tiefe Venen Thrombose (TVT)
- Lungenembolie
- EKG -> Veränderungen beim Myokard- Infarkt
- Hypertonie

Fragen aus der Chirurgie/Traumatologie:

- viele Fragen über das Schädel- Hirn- Trauma (SHT)
- Monroe Kellie Hypothese
- Zahlen und Fakten zu intrazerebralen Blutungen
- Synkope
- Akuter Sehverlust bei Trauma

Bundesland: Niedersachsen **Stadt:** Rotenburg **Datum:** 18. August 2016

Prüfungsfächer:

Innere Medizin, Chirurgie, X

Prüfungskommission:

Dr. Heizmann, Dr. Wiese, Dr. Strauß

Prüfungsablauf:

Die Prüfung war zweigeteilt. Zuerst bekam man einen Patienten zugeteilt, den man innerhalb von 30min befragen und körperlich untersuchen sollte. Anschließend hatte man noch 30min Zeit die Patientenakten durchzulesen.

Im zweiten Teil sollte man den Patienten vorstellen und wurde anschließend ca. 50min theoretisch geprüft.

Mein Patient wurde aufgenommen wegen Gewichtsabnahme und Anämie. In der ÖGD- Skopie zeigte sich ein Ösophagus-CA, in tCT und aCT paragastischem Lymphknoten-Befall und zudem bestand ein Verdacht auf Lungenmetastasen.

Nach dem Vorstellen des Patientenfalls wurde ich im Anschluss zu den verschiedenen Stadien des Ösophagus – CAs befragt und zu den Therapiemöglichkeiten im Falle von Lungenmetastasen.

Praktischer Teil:

Mündlicher Teil:

Der mündliche Teil wurde anhand von verschiedenen Patientenfällen abgefragt.

- 20 jähriges Mädchen mit Durchfall, Stuhlprobe unauffällig, Coloskopie und Histologie -> M. Crohn. Welcher Keim ist mit Crohn assoziiert? Welche Therapiemöglichkeiten?
- Nebenwirkungen Azathioprine und Cortison bei jungen Frauen
- 25 jähriges Mädchen nach Tennisspielen, starke Rückenschmerzen wie Messer zwischen beiden Schultern. Verdachtsdiagnose? -> Aortendissektion. Warum kann die Patientin sofort sterben? Was muss man sofort veranlassen? -> Sonographie: Herzbeuteltemponade? Therapie?
- 75 jähriger Mann kam in der Nacht mit starken Bachschmerzen. Bekanntes Vorhofflimmern ohne orale Antikoagulation. Verdachtsdiagnose? -> Darmischämie. Wie kann man die Diagnose sichern? -> CT-Abdomen mit KM: was sehen Sie hier? -> Luft in der der Leber.

Bundesland: **Niedersachsen** **Stadt:** **Wolfenbüttel** **Datum:** **Juni 2017**

Prüfungsfächer:

Innere Medizin, Chirurgie, Urologie

Prüfungskommission:

Prüfer in Innerer Medizin: Herr Prof. Dr. Kinan Rifai

Prüfer in Chirurgie: Herr Dr. Mark Jäger

Prüfer in Urologie: Herr Mathias Buhles

Prüfungsablauf:

Jeder Prüfling hat eine Anamneseerhebung und eine körperliche Untersuchung inkl. neurologischer Untersuchung in 30 Minuten durchgeführt. Danach wurden die Anamnese und die Befunde aufgeschrieben.

Anschließend begann das Prüfungsgespräch, in welchem man den Patientenfall den Prüfern vorgestellt hat und danach theoretisch geprüft wurde.

Praktischer Teil:

Mein Fall war chirurgisch. Die Patientin kam wegen rezidivierender Oberbauchschmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken, bekannte Cholezystolithiasis.

Als ich den Patientenfall vorgestellt habe, wurden mir im direkten Anschluss Fragen zur Cholezystolithiasis und Cholezystitis gestellt und weiterführend die DD von Oberbauchschmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken.

Mündlicher Teil:

Fragen aus der Inneren Medizin:

- ABC-Schema bei Reanimation
- Obere oder untere GI-Blutung
- Koloskopie – ab wann? Polypen, Diagnostik des Kolonkarzinoms
- C. difficile
- Leberzirrhose
- Pankreatitis

Fragen aus der Chirurgie:

- Wie kann man klinisch ein Aortendissektion feststellen? Weitere Diagnostik? Therapie?
- Perforation eines Ulcus, Diagnostik und Therapie?

Fragen aus der Urologie:

- Hämaturie, Ursachen und Diagnostik

Liebe Kollegen, ich wirde meine Erfahrung mitteilung in Kenntnisprüfung in Bonn. Die Komission ist besteht aus Dr. Pollok (Chirurgie), Dr. Janzen (innere medizin), Prof. Strunk (Radiologie) klinische Teil (Patienten Vorstellung), Pat. mit ALL, hat TVT und LAE, kurze Anamnese, Körperliche Untersuchung. TVT klinische Untersuchung (Homann, Payer, Meyer Zeichen) wird gefragt.
Mündlicher Teil: Leukozytosis Ursache, Lungenemboli wann ambulant wann Stationäre, ambulant bei Unterschenkel thrombose, ansonst immer stationäre, Therapie der Lungenemboli, klinische Manifestation (meistens assymptomatich), schock index.
Chirurige, Pat. mit rechten Unterbauchschmerzen, etwas Detaliert bzgl. der Klinischer Zeichen und Diff. Diagnosis, Z.b. Psoaszeichen ist passive Bewegung, aber war nette Atmosphere und wird Tipps gegeben often.
Radiologie: Ursache der portale Hypertonie, therapie der GI Blutung, Strahlenschutz dosis für naturliche strahlenschutz und CT-Abdomen.
Insgesamt nette Atmosphere, wenn man über eine Thema nicht weiset wird die Thema gewechselt, aber etwas schon in Detail wird gefragt. Am Ende bin ich Bestanden.

Kenntnissprüfung - Düsseldorf
الحمدلله اليوم قدمت امتحان التعديل و نجحت فيه ..
Prüfungsort :MNR Klinik -Düsseldorf uni
Die Prüfer: Hr.Prof. Germing (Hämatologie und Onkologie)
Hr.Prof. Hohlfeld (Pharmakologie)
Fr.dr.Lehwald (visc.Chirurgie)
Im Übrings gab 4 Personen von Gesundheitsministrium .Sie haben uns von Anfang bis Ende begleitet . (Das war richtig stressig)
Klinische Teil :
Ich habe eine Patientin mit Lymphoma Burkitt . Ich habe die Anamnese erhoben und die körperliche Untersuchung gemacht .
Hr.Prof.Germing war bei mir die ganze Zeit (mit der 4) und er hat mir während körperlichen Untersuchung viel gefragt (therapie und Staging und Nebenwirkungen von Chemotherapie)

Mündliche Teil:
Chirurgie : Cholezystitis (Symptome , Ätiologie , sonographische Zeichen , O.P mit genauer Technik Schritten)
Dann Anatomie der Gallengänge !
Anatomie des Colons und einen (Rö-Abd) mit Colo-Ca
Diagnose , Maßnahmen , Therapie und die ganze Technik .
Laborbefunde lesen und Diagnose sagen (es war Cholestase und Niereninsuffizienz)

Und viele andere Fragen . Leider kann ich nicht errinern .

INNERE:
Essetienlle idiopatische Purpura
Thrombozytopenie mit DD und weitere Diagnose Maßnahmen .
Pantozytopenie und wie gehen wir weiter.
10 DD für diffuse abd. Schmerzen (aber kein akut Abdomen!)
Jede Diagnose mit sichere Diagnose Maßnahme nennen.
Und viel andere Fragen..

Pharma (war für mich die schwiergste)
Kinder Medikamente und was für Besonderheiten
Gyras Antibiotika (pharmakonitek ,NW , KI)
Nennen Medikamente ,die epileptische Anfälle auslösen können .
Wenn ich (thyophillin) gesagt habe .
Er hat mich alles über thyophillin gefragt und wie kann es epileptische Anfall auslösen .
Hepatotoxische Medikamente . Wenn ich Paracetamol gesagt habe , hat er über die genauer Toxikation Mechanism gefragt .
Dann kontraindiezierte Medikamente bei Schwangerschaft.
Und Beispiele über Plazentagängige Medikamente .
Orale antidiabetike Medikamente (nur Namen mit Beispiele)
Diabetes Behandlung bei Schwangerschaft
Heparine
Er hat mir einen Rezept gezeigt .
Was ist und wie schreiben .
Das war Btm Rezept . Und dann er hat mich gefragt genau zu beschreiben , wie kann ich schreiben . Wie viel wie lange und und ...
Was bedeutet Patientsverfügung.
Und paar andere Sachen !

Ingesamt sind die Prüfer nett , aber die Atmosphàre war stressig , besonder bei 7 Leute (4 von Gesundheitsministrium und 3 Prüfer) .
Man muss gut vorbereiten .
Viel Erfolg alle

15.09.2016
Kommission: Dr. Haas (Hämatologie), Dr. Hohlfeld (Pharmakologie) u. Fr. Dr. Lehwald (Viszeralchirurgie) (Die letzte prüft seit einiger Zeit anstelle von Hr. Dr. Schulte am Esch, deshalb nicht wundern wenn in der Einladung Schulte am Esch steht!!)
Als ich die Einladung gekriegt hab, hab ich direkt dem jeweiligen Prüfer eine Email geschickt; mich kurz vorgestellt, u. Nachgefragt ob es spezielle Themen gibt, mit denen ich mich tiefer auseinandersetzen sollte!! Das Ergebnis der Mails war, dass die Fr. Dr. Lehwald nur die Viszeral-, Thorax- und Allgemeinchirurgie prüft. Das hat mich allerdings sehr sehr erleichtert!
Am Prüfungstag waren wir 2 Kandidaten (einer ist nicht gekommen). Meine Patientin war wegen schmerzlosen vergrößerten Lymphknoten submandiblär li. zur weiteren Abklärung in der Klinik (V. a. Lymphom). Der andere Prüfling hatte einen Pat. mit Knochenmetastasen.
Nicht erschrecken!! Die Diagnose war nicht so wichtig wie die Anamneseerhebung bzw. die klinische Untersuchung!! Dr. Haas war allerdings auch dabei als ich mit der Pat. angefangen habe. Anschließend wollte er dass ich das Herz, die Lunge u. den Abdomen untersuche (genauso wie in Amboss). Zwischendurch stellte er auch noch schöne Fragen (z.B. warum wenn ich das Herz auskultiere taste ich gleichzeitig den Puls ab? Oder warum bei der Kratzauskultation der Leber ist bei Übergang zum Lebergewebe ein deutlicher Lautstärkesprung zu hören?)
Danach hatten wir ca. 45Min. um den Anamnesebogen auszufüllen (Zweck ist es, ob du auf Deutsch gut fachsprachlich äußern kannst!!)
Es gab ca. eine Std. Pause, danach fing der mündliche Teil an. Ich muss ehrlich sagen all die 3 Prüfer waren sehr nett und kooperativ (z.B. wenn einer von denen merkt dass du nicht antworten kannst oder mit der Antwort nicht weitergehst, dann wechselt er das Thema). Also es ist nicht schlimm wenn du manchmal nicht weißt *_^
Innere: Ein 70-jähriger Pat. mit Fieber, Husten und Hämoptoese >>> DD Pneumonie, Bronchial-Ca., Tuberkulose >>> Untersuchung ; Auskultationsbefund der Lunge >>> Diagnostik; Labor, Sputumkultur, Bildgebung, ggf. Bronchoskopie mit Biopsieentnahme >>> Einleitung Pneumonien, häufigste Erreger >>> Wie kommt es zu Hämoptoese bei Tuberkulose?? (was ich gesagt habe ist dass wir hier verkäsende Granulome haben.. das war die Hälfte der Antwort.. also in der Mitte dieser Granulome gibt Nekrose und von daher kommt das Blut mit dem Husten.. das wollte er hören 😊).
--- Der andere Prüfling wurde über Angina pectoris und Myokardinfarkt sowie über hypertrophische Kardiomyopathie gefragt..
Übrigens, Dr. Haas ist wichtig zu wissen, ob man die Physiologie bzw. die Ätiopathogenese verstanden hat!!!!! Nach Therapien fragt er nicht viel !!!!
Chirurgie: 1- DD rechtsseitigen Unterbauchschmerzen bei einer jungen Frau.
2- DD des akuten Abdomens.. Vorgehen (Anamnese, körperliche Untersuchung und Diagnostik).. Dann hat sie mir ein Röntgenbild gezeigt >>> Was sehen Sie auf dem Bild? >>> Typische Spiegel aus Luft u. Flüssigkeit >>> Ileus >> >> Klinische Abgrenzung zwisch. Mechanischem u. paralytischem Ileus (auskultatorisch!) >>> Was könnte die Ursache des mechan. Ileus sein? Danach hat sie mir ein CT-bild gezeigt >>> Was sehen Sie da? >>> Spiegelzeichen mit inkarzinierter Leistenhernie als Auslöser des Ileus.. >>> Wie entsteht eine Leistenhernie? (dirkte und indirekte) >>> Therapie für diesen Pat. (sie wollte mehr über die Op-Verfahren von Leistenbrüchen hören, aber mehr als die Netzimplantation kannte ich nicht!!)
3- Ein Fußballspieler hat plötzlich Dyspnoe, Was machen Sie mit ihm? Ich hab ein paar Fragen gestellt (ob er schlank bzw. Raucher ist, Vorerkrankungen, Medikation) >>> V. a. Pneumothorax >>> Lungen abhören >>> abgeschwächte oder fehlende Atemgeräusche auf der betroffenen Seite.. evtl. gestaute Halsvene.
>>> Wie gehen Sie weiter vor? >>> Sofortige Entlastung durch Punktion 2. ICR in der Medioklavikularlinie... (das war allerdings nicht genügend, sie wollte auch hören dass im KH eine Drainage in 5. bis 6. ICR in der mittleren bis hinteren Axillarlinie angelegt werden muss, und mit einem Vakuum anschließen..)
---Der andere Prüfling wurde über Ikterus (DD, Vorgehen), Cholezystitis (z.B. Murphy-Zeichen, Sono-befund; 3-schichtige Gallenblasenwand,...), Pankreaskarzinom (+ Whipple Op) gefragt..
Pharmakologie: - Was ist Novalgin u. welche Nebenwirkungen kennen Sie?

- Medikamentöse behandlung von Osteoporose, dann von hypertensivem Notfall. Dann hat er mir einen Medikamentenplan von einem 83-jährigen, im Moment bradykarden Pat. gegeben, und wollte überprüfen welche Medikamente ich kenne bzw. welche die Bradykardie verursacht haben (insgesamt sollte man die jeweiligen Medikamente etwas gut kennen; z.B. die Gruppe, Indikationen, Kontraindikationen, Nebenwirkungen und z. T. Wechselwirkungen bzw. Elimination).

Rechtsmedizin: Der Dr. Hohlfeld hat gefordert, ein privates Rezept zu schreiben und fertig! (z.B. er hat uns ein Zettelchen gegeben und Name eines Medikaments mit Dosis und Dauer der Anwendung genannt, dann sollten wir die folgenden Angaben berücksichtigen: Name irgendwelchen Pat., die verschriebene Menge(N1, N2 oder N3; für Näheres siehe Google!), Dosierungsanweisung (z.B. 3x tgl.), Name, Adresse, Telefonnummer, Berufsbezeichnunhg und die Unterschrift des verschreibenden Arztes sowie Datum der Ausstellung).

Strahlenschutz: Nur eine einzige simple Frage wurde gestellt: Welche Maßnahmen sind wichtig für beruflich strahlenexponierte Personen? >>>Bleischürze + Abstand halten (dann war sie zufrieden 😊)

Notfallmedizin: Eine ältere Dame hat plötzlich sehr starke Schmerzen mit Parästhesien und Blässe im re. Arm und kann den Arm kaum bewegen >>> Ich fragte zuerst nach Vorerkrankungen bzw. Vormedikation sowie Pulsstatus >>> V. a. Akuten peripheren Arterienverschluss in der A. brachialis re. (als Ursache Thrombose oder Embolie) >>> Therapie Vollheparinisierung mit Analgesie.. dann hat er ergänzend: und ins KH zu den Gefäßchirurgen zur operativen Rekanalisation schicken..

--- Der Fall des anderen Prüflings war diabetische Ketoazidose..

Nach der Prüfung mussten wir 5 Min. draußen warten, dann wurden wir gerufen und das Ergebnis mitgeteilt..

Übrigens das war das 2. Mal das ich an der Prüfung teilgenommen habe. Das 1. Mal war in Warendorf, und es war katastrophal; einerseits hatte ich mich nicht gut vorbereitet, andererseits war die Prüfungskommission streng und heftig!!!

Lehrbücher: AllEx bzw. die 50 wichtigsten Fälle Innere und last minute Pharmakologie. Unten hab ich auch noch die Staatsexamenprotokolle von Uni-Düsseldorf als Link hinzugefügt (da auch könnt ihr die Protokolle von Haas und Hohlfeld lesen)

Schließlich möchte ich sagen, dass ihr die Prüfung schafft, aber vorher gut vorbereiten und etwas mehr lernen!!

Viel Erfolg!

Die Prüfung fand in März 2017 in Münster (NRW) statt und wurde bestanden.

Chirurgie / innere Medizin / Pharmakologie / Radiologie

Prüfungskommission

- Dr. Ross (Chirurgie + Radiologie): Er versucht immer die Prüflinge zu verunsichern und wenn man eine Frage nicht beantworten konnte, hat er schwierigere Frage gestellt.
- Dr. Brand (Innere Medizin): Er war sehr nett, unterstützt die Prüflinge.
- Dr. Boknik (Pharmakologie): Er hat knifflige Fragen gestellt, lässt aber Zeit zum Nachdenken.

Ablauf

- Praktischer Teil:
  Dauert ungefähr 2 Stunden, währenddessen dürften die Prüflinge nicht mit einander unterhalten und sie müssten warten bis der letzte Prüfling fertig war. Hier muss man den Patienten allgemein körperlich untersuchen + Anamnesefall, zwischendurch werden auch grobe Wissensfragen gestellt.
- Mündlicher Teil:
  Alle vier Prüflinge werden mit abwechselnde Reihenfolge von der Prüfungskommission gefragt.

Praktischer Teil

- Anamnese und körperliche Untersuchung für Patientin mit Bypass und schmerzen im Unterbauch
- Fußpuls messen (Arteria tibialis posterior, Arteria dorsalis pedis)
- Auskultation der Herztöne bzw. der Lunge (Atemgeräusche)
- Herztöne waren unklar, geschwächelte Atemgeräusche auf der linken Seite (Grund?)
- Leberuntersuchung (Wie?!, Kratzen, Palpation...)
- Ödeme Untersuchung (von medial zu lateral)

Mündlicher Teil

- Innere Medizin
    - Stadien der pAVK (Symptomatik nach Fontaine I- IV)
    - Gefäßentzündungen und ihre Therapie
    - Pathophysiologie der Gefäßentzündungen
    - Hier wurden verschiedene Arbeitsblätter an die Prüflinge verteilt (z.B. Multiple Myeloma Analyse mit Krankheitsbeschreibung und Symptome ein weiteres Beispiel wäre Hyponatriämie).
    - Atemnot
    - Tachypnoe nach Laparotomie

- Pharmakologie
  - Hypertensive Krise (Therapie? unterscheiden von der Notfall Hypertonie). Hier musste man die Medikamente (z.B. Clonidine) und Ihren Effekt gelernt haben.
  - Therapie der Notfall Pneumonie
  - Warum ist die Amoxicillin besser als Ampicillin? (bessere Resorption im Darm)
  - Ampicillins-Mechanismus und zu welcher Medikamentengruppe gehört er?
  - Welche Maßnahmen nimmt man im Fall einer Penicillin-Allergie?
  - Nebenwirkungen von Metoclopramide (Antiemetika) bzw. Verwendung beim Diabetes Ileus.
  - Gallenkolik-Therapie
  - Arten von Spasmolytikum
  - Nebenwirkungen von Antipsychotika
  - PPI
  - Diabetes mellitus Medikamente.
- Chirurgie
  - Was ist die verbreitetste Herzoperation? (Bypass? wie funktioniert? von welchen Arterien bzw. Venen wird abgeschnitten?
  - Warum sind die Arterien besser geeignet als die Venen bei Bypass-Op?
  - Penetranz vor der Operation testen
  - Wann werden die Venen bevorzugt?
  - Diabetes und Rauchen Einflüsse?
  - Radiologische Prozeduren bei Koronare Herzkrankheiten (CT, MRT Angiographie, Echo, Substraktionsangiographie)
  - Vertebral Frakturen (kyphoplastie)
- Radiologie
  - Stochastische und Deterministische Wirkung
  - Deterministische Wirkung im Kopfbereich (Neuritis? Katarakt? Parotitis?)
  - Alter Bestimmung (Hand Röntgen?)
  - Wann darf man rechtlich die Patienten röntgen?
  - Zwerchfellbruch Röntgenbild (Magensonde verfolgen)
  - Embolie Röntgenbild
  - Der passende Abstand zwischen der Quelle und dem Detektor. (Quadratisches Abstandsgesetzt, Bestrahlungsstärke)
  - Hautemphysem und Rippenfrakturen Bilder

Kenntnisprüfung, Bonn, Juni 2016
Prüfungskommission: Dr. V. Janzen (Innere Medizin), Dr. med. M. Windemuth (Unfallchirurgie), Prof. Dr. H. Strunk (Radiologie)
Prüfungsdauer: 10:00-15:00 (ohne Pause)
Wir waren zu dritt und alle haben bestanden
Klinische Prüfung: Anamnese erheben (kurz notieren) und komplette körperliche Untersuchung des Patienten (ca. 30 Min). Der Prüfer (Dr. Janzen) war dabei und hat beobachtet. Ich habe kurz kommentiert, was ich mache und welche Auffälligkeiten der Patient hat. Mein Patient hatte CLL und er ist wegen Fieber, Schüttelfrost, Abgeschlagenheit und Müdigkeit in die Klinik gekommen. Nach der körperlichen Untersuchung musste ich nach Befunden fragen, die mich interessieren (BB, diff. BB, Blutausstrich, Blutkultur, Rö-Thorax, CT-Thorax usw.), um die Diagnose zu stellen.
Als ich die Befunde hatte, musste ich eine Epikrise schreiben (ca. 30 Min).
Mündlicher Prüfungsteil: Am Anfang mussten wir kurz unsere Patienten vorstellen.
Fragen:
Prof. Dr. H. Strunk (Radiologie)
- Lymphknotenstationen am Hals. LK-Vergrößerung am Hals: DD? (Infekt (Tbc, Viral), Tumor, Metastase, Sarkoidose). Woher kommen am häufigsten Mts am Hals vor? (Larynx, Schilddrüse, Pancoast-Tumor (seltener)). Weitere Vorgehen bei der LK-Vergrößerung? (Anamnese, körperliche Untersuchung (Dolenz, Verschieblichkeit, Konsistenz, Größe), bildgebende Verfahren: Sonographie (Zeichen von malignen und entzündlichen LK), CT). Wie macht man CT? (Mit KM). Welches KM und alles über KM (NW), Aufklärung: Was sagen Sie dem Patienten?
- Wenn der Patient anaphylaktische Reaktionen in der Anamnese hat, was machen Sie? (MRT, KM ist Gadolinium, weniger NW).
- Fallbeispiel: Ihrem Patienten geht es schlecht, er kann kaum stehen, aber er muss geröntgt werden und braucht Ihre Unterstützung. Was machen Sie? Dürfen Sie mit rein zur Röntgenuntersuchung?
(Ja, mit Bleischutz)
- Welche 4 Faktoren schwächen die Röntgenstrahlung? (Der 3. Potenz der Ordnungszahl der Elemente des Gewebes, Energie der Röntgenstrahlen, der Dicke des Stoffes, der Dichte des Stoffes). Weitere Strahlenschutzmaßnahmen? (Quadrat-Abstand Gesetzt, Abschirmung aus Blei, Aufenthaltsdauer). Warum benutzt man Blei? (Der 3. Potenz der Ordnungszahl der Elemente).
Dr. V. Janzen (Innere Medizin)
- Fallbeispiel: Patient mit Fieber und Schüttelfrost, was sind die häufigste Ursachen? (Atemwegeinfekt und Harnweginfekt). Welche Ursachen noch? (Im Thorax: Endokarditis, Pneumonie, Bronchitis, Pleuritis/Pleuraempyem; Im Abdomen: Cholangitis, Pankreatitis, Pyelonephritis usw.). Welche Geräusche in den Lungen kennen Sie? (Rasselgeräusche, Giemen, Brummen, Pleurareiben). Wann hört man Rasselgeräusche? (Pneumonie, Lungenödem. Was machen Sie mit solchem Patienten? (Anamnese: Der Patient hat Luftnot, aber keine Schmerzen; Körperliche Untersuchung: Rasselgeräusche und Systolikum; Labor: Blutkultur(!); TEE: Endokardbeteiligung; Diagnose: V.a. Endokarditis). Wie diagnostiziert man eine Endokarditis (Duke-Kriterien) und Therapie? Warten Sie auf die Ergebnisse der Blutkultur oder behandeln Sie sofort? (Sofort, nicht auf die Blutkultur warten). Sie kommen zum Patienten am nächsten Tag, es geht ihm deutlich schlechter – Atemnot und ausgeprägte Rasselgeräusche, Fieber ist rückläufig gewesen. Was ist das? (Lungenödem bei akuter Herzinsuffizienz, die Klappen sind kaputt). Wie behandelt man kaputte Herzklappen? (OP: Klappenrekonstruktion, Klappenersatz (biologische und mechanische Klappen erklären, Vorteile und Nachteile, Marcumar)).
- BTM-Rezepte. Darf jeder Arzt verschreiben? (Nein, nur der Arzt, der bei Bundesopiumstelle registriert ist). Wie lange gilt das Rezept? (8 Tage). Wie lange muss man es aufbewahren? (3 Jahre). Wo sind diese Rezepte aufzubewahren? (Im Safe).

Dr. med. M. Windemuth (Unfallchirurgie)
* In der Ladung stand, dass als Prüfer PD Dr. Dr. Jörg Pollok kommen solltet. Laut den Protokollen, fragt er meistens nach Allgemeinchirurgie und kaum nach Unfallchirurgie. Wir wurden 15 Min. vor der Prüfung informiert, dass ein anderer Prüfer kommt - Dr. med. M. Windemuth – er ist Unfallchirurg und fragte viel nach Unfallchirurgie. Ein kleiner Tipp: Nicht nur Protokolle lernen, sondern die wichtigsten Themen in allen Bereichen abdecken.
- Pathophysiologie der Appendizitis? (Kotstein -> Druck -> Ischämie -> Entzündung)
- Was ist Polytrauma?
- Was muss man vor der Rö-Untersuchung fragen? (Schwangerschaft).
- Was ist FAST-Sonographie? (Bei Trauma – suchen nach Organverletzung und freie Flüssigkeit (Koller-Raum, Morison-Raum, Douglas-Raum)).
- Welche Fraktur ist die häufigste Fraktur des Menschen? (Distale Radiusfraktur – Colles). Der Prüfer hat ein Rö-Bild gezeigt (Distale Radiusfraktur): Wie sieht man, ob die Fraktur innerhalb des Gelenkkapsel ist? (Im CT kann man besser sehen). Behandlung von Colles-Fraktur (konservativ und operativ). Indikationen für die operative Behandlung? (Trümmerfrakturen, offene Frakturen, pDMS-Störungen, Gelenkbeteiligung). Welche Bewegungen soll man nach der OP nicht tun? (Abstützbewegung).

Dr. M. Windemuth hat viele Rö- und CT-Bilder gezeigt und fragte nach Pathologie auf dem Bild.



Hallo liebe Kollegen,
GWP am 15.02.2017 in Düsseldorf.Prüfungskommission Frau PD Dr.Lehwald-Tywuschik (Chirurgie). Herr Prof Dr.Hohlfeld(Pharmakologie).Dr.med Kondakci als Vertretung für Herrn Prof Dr Haas.

Klinisches Teil: Wir waren zu zweit. Wir haben jeweils einenPatienten ,eine Patientin auf der Station bekommen. Meine Patientin litt an Multiples Myelom, wurde zur geplanten Chemotherapie aufgenommen. Ich war kurz alleine bei der Patientin, grob die Anamnese gemacht kam Herr Prof Hohlfeld und begleitete mich bis zum Ende der Untersuchung. Zwischenzeitlich stellte er verschiedene Fragen. Zum Bespiel , dass man auf die Suchtanamnese (AlkoholDrogen,Nikotin) achten soll wegen Medikamenteninteraktionen. Dann musste ich den Bauch, die Lunge , das Herz untersuchen. zB Leberkratzauskultation,Palpation,. Sonst übliche Untersuchung. Meine Patientin hatte auf dem Rücken mehrere Nävi. Daraufhin hat er gefragt worauf man achten sol. Ich habe Malignes Melanom gesagt. Kurz wollte er Malignitätskriterien hören. Ansonsten weil meine Patientin auch neuropatische Störung an den Füssen hatte musste ich die Pulse tasten und grob Motorik untersuchen.Danach mussten wir den vorgefertigen Anamnesebogen ausfüllen.Kurze Epikrise wurde geschrieben. Ohne Pause ging es weiter.

Mündliches Teil:Innere Medizin
Ich hatte als erste Frage einen Patienten mit Fieber , Husten. DD (Bronchitis, Pneumonie, Tbc...genannt. Danach ausführliche Fragen über Pneumonie.Zum Beispiel Unterschiede zwischen typischen, atypischen Pneumonien bezüglich Erregerspektrum, radiologische Bildegebung.(Lobär vs. Interstielle Pneumonie.)Natürlich Auskultationsbefunde.Kurz über das Thema Grammnegative Erreger SIRS usw.Danach ein Laborbefund mit einem Hb von 5,8. MCV,MCH normal gewesen.Der Patient hatte keine akute Beschwerden deshallb soll man eher an einen chronischen Verlauf denken. Danach sehr detalliert Anämie Differential Diagnose.Eisenmangelänemie Ursachen . Megaloblastäre Anämien.,ACD. Zum Bespiel warum Makrozytär?Auch Hämolytische Anämien habe ich erwähnt. Der Prüfer wollte nur die extrakorpuskuläre Kälteantikörper, Warmeantikörper,ABO Unverträglichkeit.)EPO-Mangel bei chronischen Niereninsuffizienz.
Ein Labor befund mit Agranulozytose. Ursachen Medis usw. Ein EKG mit VHF gekriegt, musste beschreiiben Tachyarrythmia absoluta bei VHF.
Pharmakologie:Heparine UFH vs. NMH.Unterschide bezüglich HWZ, Applikationsform,Antagonisierung.,Kontrolle.Indikationen , Nebenwirkungen. Über HIT I ,HITII weitergefragt. Verlauf, Therapie. Thromboseneigung. Ich habe erstmal Z.n Immobilisation, Operation, Orale Kontrazeptiva , Hereditäre Thrombophilie(APC Resistent, Protein C , S Mangel)genannt. Danach Fragen zu Faktor V Leiden.Meine Patientin bekam Thalidomid. NW von Thalidomid ich habe Phokomelie und Knochenmarksdepression gesagt. Daraufhin Medikamente die in der Schwangerschaft definitiv kontrindiziert sind. Ich habe mehrere bekannte Gruppen gennant mit Anomalien.(z.B Coxibe ,Retinoide, Fluorchinolone.,Antikonvulsiva) dann Fragen über Antikonvulsiva Valproat. 1.Wahl bei generalisierten , 2. Wahl bei Fokalen Anfällen. Allgemeine NW von Antikonvulsiva. (Sedierung, Benommenheit)
Pseudomembranöse Kolitis Erreger, Klinik,Therapie. Darauf achten, dass man Vancomycin oral verabreicht , weil das Medikament am Darn wirken soll!!!Kurze radiologie Frage über Strahlenschutzmassnahmen.Warum sind Heparine in der SS nicht kontrindiziert. Wegen dem Molekulargewicht. Grosses Molekul nicht plasentagängig.

Chirurgie..Mehrere Bilder mitgebracht. Mein erster Patient hatte eine ausgeprägte Raumforderung mit oberer Einflussungsstörung. Ich habe zuerst DD gennant. (LAP , Struma. SD-Karzinome. Thymom.Lipomusw.) Danach Fragen über die Beschwerdesymptomatik.(Dysphagie, Dyspnoe ,

Heiserkeit, Druckschmerz usw.Unterscheidung zw. benigne &maligne Prozesse. Punktion, Sono genant.Szintigrafie Kalteknoten sind malinomverdächtig. Danach Schilddrüsenkarzinom.Worauf man achten muss Aufklärung über Op, speziell Gefahr einer Hypokälzämie bei einer Mitenfernung der Nebenschilddrüse.Vor der Op. HNO -Konsil. Stimmbänder Untersuchung.Wenn man versehntlich den nerv beschädigt würden Sie weiteroperieren?Eher nicht weil doppelseitige für den Patienten sogar eine Tracheotomie erforderlich machen würde. Ich habe auch intaroperatives Monitoring gesagt.Symptome einer HypoCa.
Danach chirurgische Ursachen für Ikterus DD(Choledocholithiasis, Mirizzi syndrom,Cholangitis, Pankreas Karzinom gesagt.Sono Befund Double -Duct Sign.Endosono Beurteilung der Tm Grösse , Lympknoten. Fragen über Pankreaskarzinom.Labor usw. Z.b Adenokarzinom,Staging. Therapie.Whipple Op ausführilch.
Zuletzt ein Bild mit Gastrographin rektal. Mann sah eine Stenose. im Bereich von Sigma. Wieder DD. Divertikulitis ausführliche Therapie.
Natürlich Antibiose falls entzündet. Metronidazol nicht vergessen.Ich habe die Stadieneinteilung gennant auch Patientenabhängige Faktoren.Bei den Komplikationen Diskontinuitätsresektion nach Hartmann mit Kolostoma.Wann soll man zurückverlagern?(2-4 Monate)Patient hat 3 Schübe würden Sie operieren Ja.aber im entzündungsfreien Intervall.
Kolon Karzinom im Bereich Colon descendens , Sigma.Therapie. Resektion. Anastomose.
Zum Schluss Gott sei Dank haben wir beide bestanden.
Die war meine 2. Prüfung .Die erste war in Münster /Warendorf ohne Komment.
Dementsprechend war ich gut vorbereitet.
Die Prüfer waren seehrr nett. Die haben auch sehr geholfen. Nun ein gutes Basis Wissen und etwas mehr braucht man. Man muss schon zeigen , dass man die Themen beherrscht.
Ich habe versucht ausführlich zu schreiben. Wer sonst mehr Tipps über Düsseldorf braucht, kann jeder Zeit mir schreiben.



Hallo zusammen. Ich habe die Prüfung in Düsseldorf abgelegt und zum Glück erfolgreich bestanden.
Die Prüfer: Hr.Prof. Germing (Hämatologie und Onkologie - Ersatzarzt für Prof.Dr.Rainer Haas), Hr.Prof. Hohlfeld (Pharmakologie), Fr.dr.Lehwald (Allgemeine Chirurgie - Ersatzarzt für Prof. Dr. Jan Schulte am Esch. Da dann gab es 4 Leute vom Gesundheitsministerium. Die hatten uns immer begleitet und waren immer um uns.

Klinische Prüfung: Meine Patientin leidet an Leukämie. Hatte die Anamnese erhoben und der Prüfer hatte mich "Auskultation des Herzens" gefragt(Die alle 5 Herzpunkten, Carotis Auskultation und warum, Puls - was sind die verschiedene Pulse und ihre Verbindung mit dem Herz). Danach fragte er über Anämie(wie führt man die körperliche Untersuchung und Laboruntersuchung durch - man muss sehr detailiert sagen),Leukämie (wie führt man die körperliche Untersuchung und Laboruntersuchung durch), Kann Leukämie Schlaganfall provozieren und wie? (Antwort: Ja, durch Virchow-Trias, die 3 Punkte beschreiben)

Mündlicher Teil:
Chirurgie: Akute oberbauch Schmerzen-D/d (vom rechten Teil, mittleren bis linken Teil). Pankreatitis(komplett - Labor Untersuchungen und apparative Diagnostik, medical Management, chirurgische Maßnahmen, komplikationen). Perforation(wie, wo kommt die am Meisten im Abdomen vor?, die Ursachen, Laboruntersuchungen und apparative Diagnostik,Management-Medical und Chirurgie). Ikterus(Die Ursachen, die mehr den Chirurg interessiert). Röntgen: Thorax gezeigt - Luft unter des Zwerchfell - Perforation)

Pharmakologie: Was muss Arzt auf ältere Patienten achten, wenn ihnen Medikamente verschreiben(Renal Insuffizienz - Welche Medikamente- nennnen mindestens 10 Gruppe), Warum ist Aminoglykoside Nephrotoxisch und Ototoxisch, Wie stellen wir fest, ob es renale Insuffizienz gibt(Kreatinin, Harnstoff und Kreatinin-Kinase test). Was ist Kreatinin-Kinase Test? Was ist Eliminierung und die Methoden der Renaleliminierung? Der Prüfer hatte mich ein EKG gezeigt mit Medikamenten, die unter des EKGs geschrieben sind. Man muss EKG detailiert interpretieren. Die Medikamente sind Ramipril, Simvastatin, ASS, Digitoxin, PPI, Coxibe...usw (die Medikamente muss man kurz beschreiben, hauptsächlich die Mechanism of Action, wie ist die Medikamente in meinem Fall mit dem EKG verbunden, welche Medikamente verursachen Bradykardie und warum). Rechtsmedizin: mutmaßlicher Wille.

Innere Medizin: Akut thorakale Schmerzen-nennen mindestens 10 D/d. Lungen Embolie (Diagnostik, Wells Score und Therapie). Kommt ein Sportler ins Krankenhaus, der während des Radfahren auf den Boden gestürzt ist...Diagnose ist Lungenembolie festgestellt, aber die alle Ätiologie sind negativ. Was ist die Ursache hier?(Er spritzt sich EPO - Deswegen!), Leukämie(komplett), Anämie(Megaloblastäre- Detailiert), Thrombozytopenie(Komplett). Polycythemia Vera. Der hat auch CHA2DVA2Sc score gefragt. Das Weiteren habe ich vergessen.



#Kenntnisprüfung MNR-Klinik #Düsseldorf 15.09.2016
Kommission: Dr. Haas (Hämatologie), Dr. Hohlfeld (Pharmakologie) u. Fr. Dr. Lehwald (Viszeralchirurgie) (Die letzte prüft seit einiger Zeit anstelle von Hr. Dr. Schulte am Esch, deshalb nicht wundern wenn in der Einladung Schulte am Esch steht!!)
Als ich die Einladung gekriegt hab, hab ich direkt dem jeweiligen Prüfer eine Email geschickt; mich kurz vorgestellt, u. Nachgefragt ob es spezielle Themen gibt, mit denen ich mich tiefer auseinandersetzen sollte!! Das Ergebnis der Mails war, dass die Fr. Dr. Lehwald nur die Viszeral- , Thorax- und Allgemeinchirurgie prüft. Das hat mich allerdings sehr sehr erleichtert!
Am Prüfungstag waren wir 2 Kandidaten (einer ist nicht gekommen). Meine Patientin war wegen schmerzlosen vergrößerten Lymphknoten submandiblär li. zur weiteren Abklärung in der Klinik (V. a. Lymphom). Der andere Prüfling hatte einen Pat. mit Knochenmetastasen.
Nicht erschrecken!! Die Diagnose war nicht so wichtig wie die Anamneseerhebung bzw. die klinische Untersuchung!! Dr. Haas war allerdings auch dabei als ich mit der Pat. angefangen habe. Anschließend wollte er dass ich das Herz, die Lunge u. den Abdomen untersuche (genauso wie in Amboss). Zwischendurch stellte er auch noch schöne Fragen (z.B. warum wenn ich das Herz auskultiere taste ich gleichzeitig den Puls ab? Oder warum bei der Kratzauskultation der Leber ist bei Übergang zum Lebergewebe ein deutlicher Lautstärkesprung zu hören?)
Danach hatten wir ca. 45Min. um den Anamnesebogen auszufüllen (Zweck ist es, ob du auf Deutsch gut fachsprachlich äußern kannst!!)
Es gab ca. eine Std. Pause, danach fing der mündliche Teil an. Ich muss ehrlich sagen all die 3 Prüfer waren sehr nett und kooperativ (z.B. wenn einer von denen merkt dass du nicht antworten kannst oder mit der Antwort nicht weitergehst, dann wechselt er das Thema). Also es ist nicht schlimm wenn du manchmal nicht weißt *_^
Innere: Ein 70-jähriger Pat. mit Fieber, Husten und Hämoptoese >>> DD Pneumonie, Bronchial-Ca., Tuberkulose >>> Untersuchung ; Auskultationsbefund der Lunge >>> Diagnostik; Labor, Sputumkultur, Bildgebung, ggf. Bronchoskopie mit Biopsieentnahme >>> Einleitung Pneumonien, häufigste Erreger >>> Wie kommt es zu Hämoptoese bei Tuberkulose?? (was ich gesagt habe ist dass wir hier verkäsende Granulome haben.. das war die Hälfte der Antwort.. also in der Mitte dieser Granulome gibt Nekrose und von daher kommt das Blut mit dem Husten.. das wollte er hören).
--- Der andere Prüfling wurde über Angina pectoris und Myokardinfarkt sowie über hypertrophische Kardiomyopathie gefragt..
Übrigens, Dr. Haas ist wichtig zu wissen, ob man die Physiologie bzw. die Ätiopathogenese verstanden hat!!!!! Nach Therapien fragt er nicht viel !!!!
Chirurgie: 1- DD rechtsseitigen Unterbauchschmerzen bei einer jungen Frau.
2- DD des akuten Abdomens.. Vorgehen (Anamnese, körperliche Untersuchung und Diagnostik).. Dann hat sie mir ein Röntgenbild gezeigt >>> Was sehen Sie auf dem Bild? >>> Typische Spiegel aus Luft u. Flüssigkeit >>> Ileus >> >> Klinische Abgrenzung zwisch. Mechanischem u. paralytischem Ileus (auskultatorisch!) >>> Was könnte die Ursache des mechan. Ileus sein? Danach hat sie mir ein CT-bild gezeigt >>> Was sehen Sie da? >>> Spiegelzeichen mit inkarzinierter Leistenhernie als Auslöser des Ileus.. >>> Wie entsteht eine Leistenhernie? (dirkte und indirekte) >>> Therapie für diesen Pat. (sie wollte mehr über die Op-Verfahren von Leistenbrüchen hören, aber mehr als die Netzimplantation kannte ich nicht!!)
3- Ein Fußballspieler hat plötzlich Dyspnoe, Was machen Sie mit ihm? Ich hab ein paar Fragen gestellt (ob er schlank bzw. Raucher ist, Vorerkrankungen, Medikation) >>> V. a. Pneumothorax >>> Lungen abhören >>> abgeschwächte oder fehlende Atemgeräusche auf der betroffenen Seite.. evtl. gestaute Halsvene.
>>> Wie gehen Sie weiter vor? >>> Sofortige Entlastung durch Punktion 2. ICR in der Medioklavikularlinie... (das war allerdings nicht genügend, sie wollte auch hören dass im KH eine Drainage in 5. bis 6. ICR in der mittleren bis hinteren Axillarlinie angelegt werden muss, und mit einem Vakuum anschließen..)

---Der andere Prüfling wurde über Ikterus (DD, Vorgehen), Cholezystitis (z.B. Murphy-Zeichen, Sono-befund; 3-schichtige Gallenblasenwand,...), Pankreaskarzinom (+ Whipple Op) gefragt..
Pharmakologie: - Was ist Novalgin u. welche Nebenwirkungen kennen Sie?
- Medikamentöse behandlung von Osteoporose, dann von hypertensivem Notfall. Dann hat er mir einen Medikamentenplan von einem 83-jährigen, im Moment bradykarden Pat. gegeben, und wollte überprüfen welche Medikamente ich kenne bzw. welche die Bradykardie verursacht haben (insgesamt sollte man die jeweiligen Medikamente etwas gut kennen; z.B. die Gruppe, Indikationen, Kontraindikationen, Nebenwirkungen und z. T. Wechselwirkungen bzw. Elimination).
Rechtsmedizin: Der Dr. Hohlfeld hat gefordert, ein privates Rezept zu schreiben und fertig! (z.B. er hat uns ein Zettelchen gegeben und Name eines Medikaments mit Dosis und Dauer der Anwendung genannt, dann sollten wir die folgenden Angaben berücksichtigen: Name irgendwelchen Pat., die verschriebene Menge(N1, N2 oder N3; für Näheres siehe Google!), Dosierungsanweisung (z.B. 3x tgl.), Name, Adresse, Telefonnummer, Berufsbezeichnunhg und die Unterschrift des verschreibenden Arztes sowie Datum der Ausstellung).
Strahlenschutz: Nur eine einzige simple Frage wurde gestellt: Welche Maßnahmen sind wichtig für beruflich strahlenexponierte Personen? >>>Bleischürze + Abstand halten (dann war sie zufrieden)
Notfallmedizin: Eine ältere Dame hat plötzlich sehr starke Schmerzen mit Parästhesien und Blässe im re. Arm und kann den Arm kaum bewegen >>> Ich fragte zuerst nach Vorerkrankungen bzw. Vormedikation sowie Pulsstatus >>> V. a. Akuten peripheren Arterienverschluss in der A. brachialis re. (als Ursache Thrombose oder Embolie) >>> Therapie Vollheparinisierung mit Analgesie.. dann hat er ergänzend: und ins KH zu den Gefäßchirurgen zur operativen Rekanalisation schicken..
--- Der Fall des anderen Prüflings war diabetische Ketoazidose..
Nach der Prüfung mussten wir 5 Min. draußen warten, dann wurden wir gerufen und das Ergebnis mitgeteilt..
Übrigens das war das 2. Mal das ich an der Prüfung teilgenommen habe. Das 1. Mal war in Warendorf, und es war katastrophal; einerseits hatte ich mich nicht gut vorbereitet, andererseits war die Prüfungskommission streng und heftig!!!



Ich habe die Kenntnisprüfung in Köln am 17.06. 2015 und bestanden.
innere Medizin , Chirurgie, pharmakologie.

Kommission
prof. dr. Jonas Andermahr (UC)
Dr. kuno güttler (pharmakologie)
PD. Dr. Marcel Reiser (innere Medizin)

Anamnesia und kurz Untersuchung und röntgen thorax und Röntgen Becken
dann Vorstellung. die Zeit ungefähr 40 min
mündliche Prüfung
Innere Medizin. .#Lungen Embolie .klinik.....
Komplikationen. ....Diagnose. ...Behandlung. ...Heparin ..... markumar
Kontrolle. ...Normal werte INR & PTT.
welches für heparin und marcumar.
#TVT....Diagnose. ...Behandlung.
#Komatöse Patient.....Komplikationen. .....Glasgow koma Scale.

Pharmakologie
Migräne Behandlung Anfall und lagezeiteprophylaxe
Nebenwirkungen (NW) für Triptan
#Ach eastrase Hemmer Medikamenten
Atropin
#Extrapyrimidal manifestation.
Antipsychotikum??

UC
kinder mit kopftrauma+Bewusstlosigkeit
was Machen Sie??
wie kann die Diagnose Bestimmung? ?
Hundebiss in Aufnahme.
wie gehen vor??
Risiko (Tollwut)=Rabies.
was ist die Behandlung?



Kenntnisprüfung, Mechernich Juni 2016
Prüfungsprotokoll:
Durch wen wurden Sie geprüft?
Prof. Dr. Jonas Andermahr
Dr. Peter Wirtz
PD Dr. Rudolf Hering

1. Anamneseerhebung / körperliche Untersuchung
Welches Krankheitsbild hatte der Patient?
Patientin mit Hüft- TEP nach Schenkelhalsfraktur .

2. Dokumentation
2.1 Wie viel Zeit hatten Sie zur Dokumentation?
20-30 min

2.2 Welche Fragen wurden zur Dokumentation gestellt?
Keine

3. Prüfungsgespräch
3.1 Welche Rückfragen wurden Ihnen zur Anamnese und den erhobenen Befunden gestellt? :
Wie kann man Demenz bei Patientin feststellen? (Orientierungsvermögen:Fragen nach Datum, Ort,.. , Mini-Mental-Status-Test, Uhren-Test)
Wie kann man Ödeme feststellen? Warum samähllt man Urin ? Was ist Flüssigkeitsbilanz? NI (Ursachen und Diagnostik).
TVT(Diagnostik, Therapie,Komplikationen, Medikamenten mit Dosis)
LE (Diagnostik, Therapie)
pAVK (Diagnostik: Was ist Goldstandart? -SDA, Therapiemöglichkeiten)
Wie kann man DMS am Bein untersuchen?
Welche allgemeine postoperative Komplikationen gibt?

3.2 Wurden Ihnen weitere Patientenunterlagen (z. B. EKG) zur Beurteilung vorgelegt? Wenn ja welche? nein

3.3 Welche Fragen wurden Ihnen zum Procedere gestellt?:Promboseprophylaxe bei postoperativen Patienten

3.4 Welche weiteren Fragen wurden Ihnen gestellt zum Thema

• Innere Medizin:Langzeit EKG mit VHF (Einteilung nach Muster des Auftretens, Therapie, Komplikationen), Herzrhythmusstörungen, Tbs (Primärkomplex (Ranke-Komplex)), Anämien (Laborveränderungen bei der chronischen Blutung), Diagnostische Vorgehen bei der oberen GI-Blutung (Klassifikation der Blutungsaktivität nach Forrest) und Therapiemöglichkeiten.

• Chirurgie: Gasbrand, Osteitis und Osteomyelitis, Komplikationen nach Schilddrüse OP

• Pharmakologie: Antiarrhytmika, Antikoagulantien und Antidote.

• Radiologie: Rö mit dem Zwerchfellhochstand bei n. Phrenicus Parese(Bei einem einseitigen Ausfall des Nervus phrenicus kommt es zu einer Lähmung der betroffenen Zwerchfellhälfte).

• Strahlenschutz: Schutz vor Röntgen-Strahlung für Mediziner und Patienten (Welche Organe soll

man mit Schutzkleidung aus Blei besonderes abschirmen, warum?), Streustrahlung.

• Rechtliche Fragen: Evidenzbasierte Medizin (Evidenzklassen), Patienten Rechte.

• Sonstige



Hallo zusammen
Ich habe am 30.06.2017 die Gleichwertigskeitprüfung in Mechernich abgelegt und bestanden (Alhamdullillah)
Got sei Dank zum erste versuch.
Prüfern:
Prof Dr Andermahr (Unfall Chirurgie)
Dr Peter Wirtz (Kardiologie) Er war nicht da seine Vertreter Dr Mathias Kühnel hat uns geprügt
Dr Rudolf Hering (Änastheisiologie)
Praktische Teil: Pt mit oberen Sprunggelenksfraktur mit Fixatur extern (Weber B), Bett legen
Anamnese Hebung und Körperliche untersuchung:30 minuten... Wir hätten Anamnesebogen mit diese Stitchworter: Diagnosis, Aktuelle Anamnese, Körperlich Untersuchung :kopf, Hals, Thorax, Herz, und Lungen,
Abdomen Neurologische usw..... Epikrise und kurz Therapie bzw Emphelungen.
Dann kommt Herr Hering : Was haben Sie bis jetzt gemacht?
Ich war schon mit Anamnese Hebung und untersuchung fertigt . Dann Er wollte überblick von Pt kurz Vorstellung und Untersuchung. Was sind die komplikationen wann Fraktur nicht behandeld werden.
Dann tief Kompartment syndrom: Ätiologie, Klassifikation, Patho, Klinik, Therapie. Welche Muskulatur am Bein kann betroffen sein bei Fraktur , Ant muskulatur am Bein.. Was passiert wann betroffen? pDMS wie untersuchen?Wie tasten Sie Periphere Pulse ? Genau zeigen.
Post op Komplikationen bei Fraktur Versogerung, TVT kurz
Müdlische Teil:
Dr Rudolf Hering:
Was geben Sie bei starke Schmerzen ? Morphin .Wie und dosis? NW von morphin, NSAR NW Beispiele und Paracetamol Intoxikation. Pt stationär Blut im Stuhl ,Was machen Sie?
Endoskopie , Blut konsil, Hb bestimmen , Gerrinung, Erythrozyten geben wenn Hb low.
Flüssigkeit geben usw...
Dr Mathias Kühnel: DM definition, Typen , Therapie, Insulin und Oral alles tief komplikationen von DM .Übergewicht kind ursache ? Gewichtreduktion Operativ , HbA1c, Glukose werte nüchtern und OGTT.
Pneumonie Atypical und Typical erreger, Typen besonder viele fragen über CAP und HAP gestellt mit fall, Pseudomans Aregionsa macht welche Pneumonie, immunocompromisiert Pneumonie ursachen , Therapie von jeder erreger verchiedene Antibiotika.
Dann geht es um Nieren Insuff : causes prerenal, renal, postrenal, Stadium: Anurie,oligourei, polyurie ,Therapie, komplikationen (ehrhlich gesagt ganz thema)
Wie untersucht man GFR :24stunde urin sammalung, welche werte bestimmen bei NI.. Ich habe mit diese teil sehr spaß gehabt. ER wollte immer noch mehr fragen stellen
Prof Andermahr:
Pt mit SHT zeichen, vigilänz, komplikation, Bauchschmerzen DD, Morbus Crohn und Colitis ulzerosa mit therapie.
Glukocorticoiden NW , besonders knochen Osteoporose was noch: Avaskular necrose welche knochen: Femurkopf .
Welche in Hand(handknochen) : Os lunamtum dann arthrose und auch therapie von avaskular necrose.
Andere Kollegen: pVAK, Aufklärung pflicht, pt Verfügung, Herzinfarkt mit ekg und ganz thema, VHF ekg mit ganz thema, leisten hernia, Polytrauma, Reamination ganz tief, Pneumothorax, Akut koronar syndrom, TB, Heparin, Marcumar , Neu Antikoagulants
Andere fragen habe ich vergessen



GWP Mechernich 04.11.2016
Alle drei Teilnehmer haben bestanden.
Praktische Prüfung:
Ptin Z.n Radius # mit ORIF.
Anamnese Erhebung war unkompleziert.
Untersuchung: Lunge und Herz sowie Abdomen. Was verursacht ein holosystolisches Geräusch und ein Diastolikum. Wo wollen Sie genau abhören bei einem Aortenstenose und eine Mitralinsuffizienz. Untersuchung der Reflexe (BSR TSR PSR ASR) welche nerven sind für jede Reflex zuständig (z.b BSR C5/C6)
Untersuchung der N.Facialis. Was passiert wenn die n. Facialis zentral geschädigt ist?
Mündlich:
Andermeyer: nennen Sie Hirntumoren. Was sind die verschiedene Zellen im Gehirn? Was ist Giliom,Schwanom? Wo sind meningiom am meisten lokalisiert? Welche nerven sind am meistens betroffen? Wie wollen Sie ein Meningiom behandeln?Welches Nerv ist bei einem Hypophyse tumor betroffen?
Wirtz: nennen Sie die verschiedene krankheiten die bei einem hypophysetumor verursacht? Was sieht man im Labor bei einem Conns syndrom? Wie diagnosiziert man conns Syndrom? Wie wollen Sie es behandeln? Nennen Sie die Antihypertensiva und Diuritika. Was sind die risikofaktoren für a. Hypertonie. Wie entwickelt sich eine pAVK?
Hering: was verstehen Sie von ABCDE. Was bedeutet jede Buchstabe? Wollen Sie einen komatosierten Patient operiern? Was machen Sie, wenn die eltern von einem Kind eine bluttransfusion nicht durchführen lassen? Was ist FAST? Was suchen wir mit solcher untersuchung? Was für weitere Untersuchungen wollen Sie anordnen bei einem traumatisierten Patient.
Es gab noch andere Fragen aber hab die vergessen.



Hallo zusammen. Ich habe die Gleichwertigkeitsprüfung in Mechernich (Köln) bestanden. Prüfern. Pr.dr Andermahr. PD. Dr Hering . Dr Wirtz. Zwei von drei haben bestanden.
Bei Patientin: OSG Fraktur. untersuchen sie das Herz. Das Abdomen. Neurologische Untersuchung. Wie N. Trigeminus untersuchen welche sind die Austrittpunkte im Gesicht wie untersuchen. Genau zeigen wo. Thrombose Zeichen untersuchen und zeigen. Zeigen sie die wichtigsten Punkten im Abdomen. Mc burney und Lanzpunkt. Wo genau die lokalisation und zeigen. Patienten hatte Varikosis . Beschreiben sie .wie nennt man diese kleinen venen (Besenreiser)
Dann mündlicher Teil.
Chirurgie:
Offene Verletzung Oberbauch links (Bild gezeigt) . Beschreiben sie das Bild. (offene penetrierende Wunde). Was könnte die Ursache sein. Was muss man sofort machen.(Vialparameter am wichtigsten und eine FAST Sono: morisson pouch; koller pounch, douglas raum, perikard). Was muss man bei solche Verletzungen befürchten. Welche Organe könnten verletzt sein . Was ist die beste Maßnahme zu genauen Diagnostik. (Mediane Laparotomie. Warum nicht notfall CT. Weil : zeit Verlusst und bei penetrierende Verletzung mehrere Organe verletzt seien können die man sofort bei laparo behandeln muss. Milz: welche Gefäße versorgen es und genaue lokalisation . Welche gefäße mussen bei Splenektomie entfernt werden (A. Und V lienalis und Art gastroomentalis sinstra . Warum weil sie sofort in Verbindung mit A. Splenica ist. Er war sehr zu frieden mit dieser Antwort. Wenn Pankreas ebenfalls mit verletzt ist. Welche Hinweis könnte dafür sprechen. (pankreas sekret in der Milz loge).
Andere kollegen : distale Radius Fraktur. Und Wirbelkörper Fx . Bilder gezeigt. Was sehen sie. Wie kommt es zu diese Fx. Und alles über Klassifikationen und wann instabil.was könnte mitverletzt sein bei radius fx und auch bei Wirbelsäule. Wie können sie eine Verletzung der Nerven feststellen welche Nerven.
Anästhesie und Notfall: Patient auf Station bewustlos. Welche Maßnahmen sofort. Wie lange darf die körperliche Untersuchung der vitalparameter dauern vor der CPR (nicht mehr als 10sek). Welche Ursachen. Alles mögliche sagen. Wenn es ein Kammerflimmern ist . Wie erkennen . Was machen. Defi sofort. Warum nicht Herzdruckmassage oder Adrenalin als erstes (nicht defibrilluerbarer Rhytmus) . Was sind behandelbarer Ursachen (4H und Hits hypothermie hypoxämie hypvolemie hypo- hyperkaliämie und herztamponnade intoxication thrombus (LE , Acs) spannungpneu). Stufentherapie von Schmerzen . Welche NW von Morphin. Unterschied zwichen Defibrillator und Kardioversion . Spiral CT thorax gezeigt . Beschreiben sie das Bild . Organe und Befund . Das war ein Zwerchfellruptur bei Polytrauma. Welche Apparative Dg bei Polytrauma. (Spiral CT von Schädel bis Becken laufend) Warum . Um nichts zu übersehen und keine Zeit zu verlieren bis zu Behandlung von Notfälle verletzungen.
Andere Kollegen LE und TVT alles über ursachen dg und Therapie. Héparine Typen und Beispiele. Welche NW . Was ist ein HIT. andere Fragen habe ich vergessen.
Kardio: Mehrere EKGs gezeigt : VHF. Sinusarrhythmie. Torsade de pointe. SA Block. Was sind die Ursachen von SA block. Wie behandeln.
Vorgehen und Therapie bei VHF. Welche Verletzungen bei TEE . Wann besonders gefährlich Oesophagus zu perforieren. (bei Zenker Divertickel wusste ich nicht ;) Therapie von ACS . Was ist die beste Therapie. PTCA was macht man genau.



Hollo.meine Prüfung War im warendorf .es hat leider mit mir nicht geklappt mit dr.ross .meine fragen War nicht direkt alles über pathophysiologie .1 hat bestanden. Unsere fragen waren.akut Arterie veschluss.ursachen,embolie .wie pathophysiologie .wenn von Herz wie ,was ist ursachen.,junge Frau mit akut Embolie was ist ursache.was ist tendo kalkenus im Rotator manschette,das machen sie.revaskulrastion eingriffe.wann thrombolyse.ein Kind mit hallusination.dd,atropin vergifttung,nomi,mesentrial inf.alles.herz.insuufizienz,ikterus.dd,alles .Patient mit ikterus was machen sie.abstand Gesetz .anaphlaktik .junge Frau mit Belastung Atemnot ,schwizten.dd,was machen sie.viele fragen nicht direkt



Kenntnisprüfung, Warendorf 10.05.2017:

Praktische Teil: von 10:00 – 12:00
Prüfer: Frau Dr. Domikowsky, Stellvertreter von Prof. Domagk
Patient mit Akuten Verschluss von Femoro-Femorale Bypass - Anamnese, Klinische Untersuchung, Fragen: Lunge Untersuchung. Man bekommt hier eine Anamnese-bogen und eine leere Blatt, wo man eine Epikrise, Diagnose und Erforderliche Maßnahmen schreiben soll. Zeit reich und die Atmosphäre ist entspannt.

Mündlichen Teil von 14.00 - 18.30:
Jeder kriegt ein EKG und sollte im Verlauf von der Prüfung beurteilen: HF, Lagetyp, Q/R Zacken, ST Hebung, und Diagnose. Bei uns war: Schrittmacher, Vorderwandinfarkt und AV Block. Alle eindeutig

1. Dr. Boknik (Prof Kirchhefer war als Vorsitzender vorgesehen, aber er war nicht da und Dr. Boknik hat die Prüfung für ihm gemacht)
Themen: Bei allen Themen beginnt er mit der klassische Symptomatik und dann fragte er was denken Sie der Patient hat. Aber keine Angst, die Symptomatik ist Typisch.
1. Gicht
Ursachen, Pathophysiologie, Therapie Akuten Gicht Anfall und Erhaltungstherapie, Wirkungsmechanismus und NW von Allopurinol, Probenecid und Colchicin. Er hat auch gefragt welche Medikamente gibt man bei der Tumorlyse-Syndrom: Rasburicase.
2. Asthma bronchiale:
Pathophysiologie, Therapie, alle Medikament klasse mit Wirkung, Grund für Kombinationstherapie mit ß2-Sympathomimetikum und Glucocorticoid: Up Regulation von ß Rezeptoren.
3. Reumathoide Artritis: DMARD

2. Dr. Roos:
Wichtig bei Dr. Roos ist, dass man nicht direkt antwortet was in die Protokollen steht, nimmt eure Zeit. Wenn man die Protokolle studiert, will sofort über das Thema reden, welche in der Protokoll steht, aber man vergisst wichtige Sachen. Zum Beispiel: Wenn Dr. Roos ein Paar Daten über ein Patient gibt (Alter und Symptome), und fragt: Was wurden Sie machen? Nicht sofort CT oder OP antworten, man muss zuerst über die Anamnese , körperliche Untersuchung, usw., fragen.
Wenn Dr. Roos merkt, dass man eine Idee hat, hilft er gerne weiter.

Themen:
1. Patient mit starke Kopfschmerzen und Meningismus: Was wurden Sie mit diesen Patienten machen? NICHT ANTWORTEN SOFORT CT, man musst zuerst eine Anamnese machen, körperliche Untersuchung, DD: Meningoencephalitis vs Subarachnoidale Blutung und dann erforderliche Maßnahmen empfehlen. Aneurisma als Ursache von Subarachnoidale Blutung: Ausführlich
2. Akute Abdomen: Ausführlich.
3. pAVK und Aorten Aneurismen.
4. Deterministisch und Stochastisch Strahlenschäden
5. Was ist Äquivalent Dosis und Effektive Dosis.
6. Warum im CT bestrahlt man mehr als in Rö
7. Unterschied zwischen Crohn und Colitis Ulcerosa
8. Rechtsmedizin: Wann kann man die Normale Bevölkerung Bestrahlen: Drogen im Flughafen (aber muss der Richter es anordnen und wenn man zum Beispiel Verdacht auf TBC hat).
9. Wo findet man die Gesetze: Bürgerrechtsgesetz Buch, eine andere wichtige Buch:

Strafgesetzbuch

3. Frau Dr. Domikowsky (Wie gesagt, Prof Domagk war nicht da):
Themen: Sie ist nett, aber manchmal schlagt Sie etwas falsch mit Absicht vor, damit man sagt, nein das wurde ich nicht machen.
1. Ikterus, alle Ursachen: Prehepatisch, Hepatisch und Posthepatisch. Von hier ist das Thema zu Leberzirrhose gegangen: Ursachen, Typische klinische Zeichen, Therapie.
2. Akut Koronar Syndrome: Ausführlich. Instabile Angina, STEMI, NSTEMI, Koronarangiographie, Behandlung.
3. Herz Insuffizienz: Ausführlich
Für diese 3 Themen empfehle ich Amboss Lernkarten. Es reicht.

Atmosphäre:
Alle drei helfen, wenn die merken, dass man sich vorbereitet hat.

Vorbereitung:
Innere Medizin: Amboss Lernkarten online für die Wichtigste Themen. Innere Medizin in Fragen und Antwort habe ich auch studiert. Dieses Buch macht eine Wiederholung von den ganzen wichtigsten Medizin Aspekten, gute Möglichkeit für Backup. Für Zweifel Fragen Herold ist gut, aber nur pünktlich.
Chirurgie: 50 wichtigste Fälle Chirurgie (Sehr gutes Buch, einfach zu lesen). Für einige Fragen, besonders für die Frakturen (nicht alle wichtige sind in 50 wichtigste Fälle Chirurgie drin) empfehle ich Müller.
Pharmakologie: Last Minute Pharmakologie ist perfekt. Genug für die Prüfung
Rechtsmedizin und Strahlenschutz: Protokollen und Internet.
PROTOKOLLEN: Aber Achtung: Protokollen immer überprüfen, es gibt manchmal Fehler: Beispiel: Conn Syndrome macht Hypokalemie, nicht Hyperkalemie.
EKG: Amboss Lernkarte für EKG. Auch üben mit einigen EKGs mit Häufigsten Pathologien (STEMI, VHF. Kammerflimmern, AV Block, Schrittmacher, usw.)

Ergebnis: Erfolgreich BESTANDEN

Empfehlung:
Es gibt verschiedene Meinungen über die Prüfungskommission in Warendorf. Ich persönlich denke die Prüfung ist schwierig aber machbar, muss man sich sehr gut vorbereiten und ein gutes Deutsches Sprachniveu ist wichtig.



GWP Warendorf 09/11/2016
Innere (Vertreter von Pr. Domagk) : Dyspnoe DD_ Pneumonie (alle Deteils mit Therapie je nach Erregern)_ Asthma (Positiv Diagnose). Wenn es ist eine psychologisxhe Ursache der Dyspnoe, welche Störung gibt's? (hyperventilation, d.h. Res. Alkalose. D.h? Hypokapnie. Wo finden wir das noch? L.E.
Dr Roos: akute Brustschmerzen: alle DD dann Aorta Dissektion (klinik, Radiologie, Anatomie Aorta, Gefäß-abgänge, Komplikationen, Therapie). Oesophagus Ruptur (klinik (wichtigste ist das zervikalen Hautepmphysema) und Radiologie). Tamponad (Path. Aber grobe). SS: Bereichen mit Dosis und Dosimeter.
Pr. Kirchhefer: Gicht (Komplikationen (v.a. Nehrolithiasis), Path, Mechanismus dann akute und Intervalltherapie in detail mit Mek und NW). Hypertonie Krise: Def, Unterschied mit Nofalle Hypertonie (erste ohne und zweite mit Organschieden), Therapie, dann GTN (NW, wann muss man nicht anwenden bei Notfall Hypertonie (keine KI), Nifedipin (NW, KI (v.a. KHK), was ist Clonidin (antisympathotonikum: er war sehr zufrieden mit der Antwort) , Urapidil (was ist? NW). Rechtsmedizin (Transplantationsgesetz).
Und Andere Fragen natürlich die habe ich vergessen



Gleichwertigkeitsprüfung, Warendorf/Münster, 01.03.2017:
Praktische Teil:
Prüfer: Herr Prof. Domagk
Pt mit Hyperglykämie Entgleisung- Anamnese heben, Klinische Untersuchung, Fragen- Herz Untersuchung, Gefäße Status.

Mündliche Teil von 14.00 - 18.30:
1. Herr Prof Kirchhefer:
Themen:
1. Thyreotoxische Krise:
Ursachen, Symptomatik, Therapie, mechanismus und wirkung bis alle rezeptoren von alle Medikament.
2. Asthma bronchiale:
Pathophysiologie, Therapie, alle Medikament klasse mit wirkung, Grund für kombinationstherapie mit ß2-sympathomimetika und Glucocorticoid, Komplikationen von Glucocorticoid.
3. Transplantationsgesetz: ausführlich mit Baujahr.
4. Transfusionsgesetz mit Baujahr

2. Dr. Roos:
Themen:
1. 80 jähriger Patient --> Hochgradige Aortenklappenstenose --> Therapie -->Minimal invasiv --> Warum minimal invasiv --> begründung --> Welche verfahren --> TAVI --> Wie macht man das --> komplett verfahren mit Gefäße antomie --> aber dann sagte er dass, nein nein Transfemoral nicht möglich --> was macht man dann --> habe ich gesagt vieleicht TTAVI (transapikal TAVI) war richtig. war zufrieden.
2. 75 Jähriger Patient --> # BWS --> ventral ohne beteiligung von Hinterkante --> therapie --> Konservativ --> war richtig aber dann sagte er dass, der Patient hat auch schwer gradidge Kyphose mit Dyspnoe --> dann muss man operieren --> welche art --> minimal invasive --> was-Kyphoplastie --> war vielleicht richtig, bin ich auch nicht sicher, aber dann hat er gefragt über komplette verfahren mit art von cement die benutzt man. konnte ich nicht antworten. aber war zufrieden.
3. funktion von Raster.
4. Deterministic und Stochastic Strahlenschäden --> in diese teil war er nicht zufrieden mit mir, ich wusste auch nicht so viel über diese Thema --> aber hat ausführlich gefragt.
5. 10 Jahr alt Kind mit M. Crohn --> Welche Bildgebendeverfahren --> Abdomen Sonographie und MRT --> dann hat er gefragt welche typ von MRT --> MRT nach Sellink --> hat er gefragt wie macht man das --> habe ich antwortet nach gabe von 2,5% mannitol ?? --> hier war er nicht zufrieden, hat nein gesagt, aber ich wusste auch nicht mehr. Aber insgesamt war zufrieden.

3. Herr Prof. Domagk:
Themen:
1. DM - alles - Typ, komplikationen- makroangiopathie sowie mikroangiopathie, diabetische Neuropathie alles, silent infarkt bei diabetikern, was für symptom bei silent infarct --> atypische symptomen.
2. Akut koronar syndrome- ausführlich
Was ich macht man als Notarzt, und als Diensthabender Arzt im akutkrankenhaus.
Angina, STEMI, NSTEMI, Koronarangiographie.

Alle drei hilft sehr viele. Ich konnte nicht alle Fragen antworten, aber wichtig ist mindestens Ahnung zu haben.

Prüfung ist eigentlich echt schwierig aber machbar, muss man sehr gut Vorbereiten.
habe ich ungefähre 20 Tagen vorbereiten. Am anfang 6-7 Stunden mit Arbeit, und in letzte 15 Tagen fast 16-17 Stunden pro tag. Aber 2-3 Monaten vorbereitung reicht doch.

Vorbereitung: Fallbuch Innere Medizin, gastroenterologie von Herold. Fallbuch Chirurgie. Sehr Viel von Amboss sowie online.
Bei Dr Roos - Gefäßanatomie sehr wichtig. Habe ich auch sehr viel interventional radiologie sowie minimal invasive verfahren gelesen. Strahlenschutz Ausführlich. Protokoll.



Gleichwertigkeitsprüfung in Münster am 7.12.16
Prüfern: Boknik, Roos, Brand
praktische Teil:
ältre Dame an Dialyse per Shaldon Katheter angeschlossen. ich habe mich vorgestellt und fragte warum sie hier gekommen sei? Sie sagte ' man hat sie gesagt dass sie an der Galle sterben konnte.' Da hat Dr. Brand sie unterbrochen and fragte was dass sein konnte? (gallenblase perforation, cholestase, cholangitis) ja, warum?(steine, biliär peritonitis) folge? (sepsis). Was ist SIRS? was sind die Parameter für SIRS? Unterschied zwischen SIRS und Sepsis?
Dann einfach Herz abhoren (die Herzgeräusche waren sehr leise, konnte die fast gar nicht horen, ich konnte keine zusatzlich geräusche horen.) Prüfer sagte dass sie eine Aorten stenose hat dass man eigentlisch horen kann. was sind geräusche von mitral stenose und inszuffizienz(pansystolikum, decrescendo etc)
Lunge basal abhoren: Pt konnte nicht aufsitzen, musste im Liegen abhoren. Wieder sehr leise atemgeräusche mit rasselgeräusche an rechts und pleuraerguss an links. Das war richtig. Welche klopfschall erwartet Man beim Erguss?
Dann sehr kuz Epikrise/Therapie Vorschläge aufschreiben. Keine Anamnese gemacht oder geschrieben.

Mündlich Teil:
1. Roos:
Sie haben Knochen Osteolyse an Rö gesehen, was ist DD: --_Tumorleiden/ metastasen. Welche? Lungen Karzinom, Mamma Karzinom, SD Karzinom und primär ossär
_multiples Myelom
_postmenopausal frauen
_ Renale osteopathie
Was kann in Rö thorax eine Granulom verursachen(Tbc, wegner's, Bronchial Karzinom, Aspergillose, Lungen Abzess)
Dann Rö thorax geseigt mit grobe fleckartig konflurierend verschattung beidesits und normal Herz Große: Es war Lungen ödem kardial genese zb nach MI. Musste auch ZVK, Endotracheal Tube erkennen.
Mechanismen von Wirbelsäule verletzung/ frakturen: Kompression, destruktion und Rotation. Die 3 Säule ventral, mittlere und Dorsal. Stabil und unstabil Wirbelkorper Frakturen, Wrum sind Wirbelkorperbogen frakturen so gefährlich: weil die intervertebrale gelenke hier liegen.
Wie therapiert man ventral mittlere und dorsal Saüle frakturen?
was sind die Minimally invasive Wirbelkorper chrugie , Kyphoplastie usw
Alles über Verfugung: Patientenverfügung, Vollmacht, Betrueungs verfugung- von Gericht.
Strahlenschutz: Grenz für Strahlenbelastung für normale Bürger: 1mSv pro Jahr
Kategorie A und Kategorie B personen.
Kontroll Bereiche und Belastung.

2. Boknik:
40 Jahre alt sportlich fit Pt. kollabiert und ist bewusstlos zu Hause, kein Kardial probleme bekannt. 3 Tage nach ein Meniskus OP. Was ist DD? (Lungen Embolie. Die andere moglichkeiten sind Spontan Pneumothorax. Hypertroph Kardiomyopathie, MI) Therapie von Lungenembloie: Fibrinolyse- welche fibrinolytika bevorzugt? Warum nicht Streptokinase nach einen Obere atemweg infektion?- Weil Antistreptolysin Antikorper wirken gegen Streptokinase.
Narkotika: Inhalations und Injektions narkotika Alles daruber. wie leitet man Anesthesie ein. was sind verschiedene injektionsnarkotika. Ketamin: wirkung Wann benutzt-in Asthma..
was ist MAC.
Muskelrelaxanzien, NW. Malignant hyperthermie und therapie: Dantrolene.
Wirkungsmechanismus von Dantrolene

3. Brand:
Welche Bildgebende Verfahren fuhren Sie zuerst bei Verdacht an Cholestase- Sonographie..Zeigt Stein und erweiterte Galengänge.
Einteilung von Chronisch Nieren Insuffizienz. Er wollte neue Einteilung mit Albuminurie, nicht nur GFR. Ich hatte dass nicht gewusst. Er sagte dass war sehr wichtig. Was sind Ursachen von CNI

Alte Dame mit Demenz und passt nicht gut auf Essen und trinken, in schlechtem AZ hat Hypernatremie- was konnte es sein? Dehydration. Ja, wie Behandelt? 5% glc lösung I.v gegeben mit regelmässig Serum Na Kontrolle. Na darf nicht mehr als 8- 10 mmol pro Tag gesenkt werden sonst droht Hirnödem

Was ist Ursache für hypokalzemie in Chronisch Nieren Versagen. Was andere Elektrolyt ist auch gestört- Phosphat-→Hyperphosphatemie. Therapie für Hyperphosphatemie- Phosphat Binder und phospat arm Diät. Welche Lebensmittel haben Phosphat: alle Processed und preservierte Lebensmittel: wurst , scheiben Käse, gefrorene Pizza Cola. Usw

Für mich war die Innere Medizinisch Teil das Schwerigste. Dr. Brand ist sehr nett aber der fragt fast nur detallierte Nephrologie und Wasser und Elektrolyt Haushalt.
Der hat eine andere Prüfling gefragt: Pt hat Hautausschlag , rote Urin und Krea von 6, nach Analgetika einnahme (Ibuprofen, 3 Tage vorher). Diagnose: Analgetika induziert Interstitial Nephritis. Er wollte Pathophysiologie.

TIPS:
Wenn Ihr Dr Brand als Prüfer habt dann sehr gut Nephrologie, Wasser und Elektrolyte Haushalt von HAROLD lernen!
Die Prüfern haben bei uns oft nicht von Protokollen gefragt. Dr. Roos hat sich auch geärgert darüber dass die Prüflingen zu Viel an Protokollen hängen und nicht gründlich lernen. Er ht sich auch geärgert dass alle Aneurysma Dessicans nennen, er sagt dass es gibt kein Aneurysma Dessicans. Es gibt nur Aorten dissektion oder Aneurysma!!
Röntegen Thorax sollte man auf jeden Fall richtig gut lernen: Er will nicht die richtige Beschreibung hören nur die Pathologie wissen. Andere Prüflinge hatte Rö Thorax nach Carina Ruptur wegen Zu Tief Intubation mit Massiv Haut Emphysem (angespannte Haut- sah fast wie Sonnenstrahlen über das ganze Thorax.
Dr. Boknik hat nur von Protokollen gefragt und Last minute Pharmakologie hat gereicht.a



Prüfer:
Prof. Boknik (Pharmakologie)
Prof. Brand (Innere Medizin)
Dr. Roos (Radiologie und Chirugie)
Wir waren zu viert. und sind alle durchgefallen.

Innere:
Ein Patient ,der vom HA überwiesen wegen erhöhten Retintionsparameter. Der Patient hatte keine Beschwerden angegeben. keine Vorekrankungen oder Medikamente in der Vorgeschichte. Der Prüfer hat mir Labor gegeben. In dem hatte der Patient ca:2.73, krea: 2.2 und Harnstoff von 48. Was hat der Patient und warum funktionieren die Nieren nicht mehr? Ich habe geantwortet Niereninsuffizienz wegen Hyperkaziämie. Richtig, was ist der Grund, ich habe gesagt , das könnte Multipel Myelom sein, Falsch, Fragen Sie bitte den Patienten weiter. Der Patient berichtete während des Aufenthalts über Hautveränderungen und hellen Stuhlgang, die nicht mehr vorhanden waren. Der Prüfer: Hyperkalzämie mit Hautveränderung und hellen Stuhlgang, was ist die Diagnose. das wusste ich nicht. dann hat er gesagt. Der Patient hat Sarkoidose!
dann paar Fragen über Sarkidose was das ist und nach der Einteilung im Rö-Thx.
Leber und Lunge Untersuchung. Ödeme Überprufung im Unterschenkel. Herz Auskultation mit den Typen von einem Systolikum in Herzspitze.
Das mündliche Teil. 3 EKGs. sehr eindeutig, VHF, LSB, LVH. Fragen nach den Ursachen von LSB und was muss man Tun wenn man solches EKG sieht(fragen ob es neu ist oder nicht).
Dann ein Patient in Notaufnahme mit Krea von 3. Ist das ein akutes Nierenversagen oder ein chronisches. Ich hab gefragt nach der Symptome. Er hat gesagt, Der Patient will Sie nicht ansprechen. dann habe ich nach Kalium gefragt, Kalium 5, dann habe ich gesagt BGA machen und checken ob er Azidose hat, das war auch Falsch. Die Antwort war dass man gucken muss ob der Patient Anämie hat(renale Anämie meinte er). dann hat er gefragt nach der renalen Anämie und die Ursache. Welches Hormon ist hoch bei chronischem Nierenversagen und warum. Parathermon.
Die anderen Kollegen: TTP, HUS, interstitielle Nephritis.

Chirugie:
Patient mit akuter Pankreatitis, wann muss man den Patienten operieren, bei nikrosiender Pankreatitis, wo sieht mann die Nekrose und beim welchem Verfahren. Im CT, Nekrose in Fett-Gewebe. Fragen nach der Stadien Einteilung von Sarkidose, wie kann man wissen ob der Lymphadenopathie aufgrund der Sarkoidose sind oder einer anderen Ekrangung im Röntgen. Das wusste ich nicht und er hat nicht geantwortet. Die gleiche Frage bei Lungenfibrose.
Ein Patient mit Pankreaskopf Tumor T1 N1 M0, welche Op ist geeignet. Ich habe Whipple Op gesagt, richtig, was ist die Technik und Anastomosierung.
Er hat nach den Stochastischen Schäden und den deterministischen Schäden gefragt.
letzte Frage war, wie kann man den Alter eines Patienten in der Foransischen Medizin bestimmen. Ich wusste nicht, ich habe ihm gesagt beim Röntgen vom Knochen aber das war falsch.
Bezüglich der letzten Frage, ich habe ihm nach der Prüfung nach der Antwort gefragt. Er hat wörtlich gesagt. Es gibt ein amerikanisches Verfahren, das hier in Deutschland häufig benuzt wird. Man macht ein Röntgen vom Schulter und dann nach bestimmten Kiterien kann man den Alter bestimmen, aber er hatte die Kriterien nicht im Kopf.

Pharma:
Der Prüfer hat gefragt. Ein Ambulanter Patient hat wegen eine Pneumonie Amoklav bekommen und nach paar Tagen Durchfälle entwickelt. Was hat der Patient?. Clostridien. dann Fragen nach der Behandlung und der Medikamente was man geben kann.
Die andere Frage war Parkinsonmittel. Die Gruppen von den Medikamenten und die

Zusammenhang mit dem Alter. was kann als Monotherapie gegeben kann und was mit Kombination.



Ich habe am 30.06.2017 die Gleichwertigskeitprüfung in Mechernich abgelegt und bestanden (Alhamdullillah)
Got sei Dank wir waren zum driete und alle haben zum erste versuch bestanden.
Prüfern:
Prof Dr Andermahr (Unfall Chirurgie)
Dr Peter Wirtz (Kardiologie) Er war nicht da seine Vertreter Dr Mathias Kühnel hat uns geprügt
Dr Rudolf Hering (Änastheisiologie)
Praktische Teil: Pt mit oberen Sprunggelenksfraktur mit op Fixation , Meiner Prüfer war Dr Mathias , Er hat mir gesat: mach Anamnese Erhebung und Körperliche untersuchung(Alle körperliche Untersuchunge , Er hat mit mir kein Pespreschung er hat nur ein Platz genomen und mir gekugt, aber am Ende er hat mir gesagt ,mach alle Hirnnerven Untersuchung):30 minuten...
Wir hätten Anamnesebogen mit diese Stitchworter: Diagnosis, Aktuelle Anamnese, Körperlich Untersuchung :kopf, Hals, Thorax, Herz, und Lungen.
Danach wir sind direkt in der Mündlich Prüfung gegangen ohne Pause
Müdlische Teil:

Prof Andermahr:
Leisten Hernea (Difenation, kontent, einteilung ,Region nerven versorgung (Ileoinguinalnerv)
Wie kann man ein patient (der mit Macurmar antikuaguliert) vor ein Op. Vorbereiten, wie kann mann das machen wenn die op.notfallmäßig und wenn die op. ellektive ist, was kann mann machen wenn der pat. ASS Eingenommen hat(Thrompozyten konzentrat, FFP und coag.Facturen gabe)
Ein patient mit klavikel, Rippen und skabula Fraktuern wie kann mann solche trauma betrachten(schwer Trauma) was Könnte in schwer trauma mitverletzet(lungen, Herz, Aorta hier er hat mir gefragt wo genau in die Aorta-Am Ismuth-)

Dr Mathias Kühnel:
EKG gegaben VHF dann indetails (Ursachen,Einteilung, Kompilikationen Antikoagulant in details , NOAC , Karrdioversion;Indikation Timing, Medikal und Elektrisch Defibrellatur – In details- vorbereitung für Kardioversion),Shlaganfall(Ursachen , Risikofakturen)

Dr Rudolf Hering,:

Reanimation BLS und ALS (ganz Thema und ganz tief) Inotrop ganz detailiert , Spannung Pnemothorax, kinder Aufklärung

Andere Kollegen:Nieren versagen , Pneumonie, glukokortikoids pVAK, Aufklärung pflicht, pt Verfügung, Herzinfarkt mit ekg und ganz thema, Akut koronar syndrom, TB, Heparin, Andere fragen habe ich vergessen.
Ich wollte sagen die komission ist sehr nett und die Prüfung ist machbar , aber man muss richtig gut vorbereiten.
Die wichtig ist man muss kein Angst haben und wie sagt : Be confident and stable



Hallo Gleichwertigkeitsprüfung Münster: Pr. Brand(Innere), Roos(Radiolog), Boknik(Pharma)

Pr.Brand:
Praktische Teil: alte Frau mit Rheuma seit 30Jahren, dialysepflichtige NI wegen Amiloidose, ist wegen Pneumonie aufgenommen. Lungenuntersuchung: Rasselgeräusche, welche Seite hat er gefragt und Herzuntersuchung(das war aber normal) und hat er gefragt was ist Amyloidose und was sind sind die Ursachen(ich hab gesagt Lupus dann hat er gefragt was ist das und über die Antikörper) aber ganz kurz alles
1. EKG: Hinterwandinfarkt (sehr eindeutig) was machen Sie jetzt? er wollte die Dosis von Morphin, ASS, Heparin, und hat gefragt wenn Kreat von 2 ist, würden Sie trotzdem katheterisieren ?
2. EKG Vorhoflimmern (keine Fragen)
dann eine Frau mit Lungenödem und Beinödem? was würden Sie geben und wie viel Dosis? was kann die Ursache sein? ETT ist normal also die nicht kardiologische Ursachen? nephrotische Synd und was ist das ? (nephro. Synd. hat ihm gereicht)

Dr.Roos:
Strahlenschutz und Bilddiagnostik: woher ist die naturlische Strahlung? (terrestrische und kosmische)
Eine Frau mit Leukämie bekommt chemotherapie und hat Fieber ohne Beschwerden: welche Untersuchung machen Sie? Röntgenthorax, schon gemacht aber normal was machen Sie? CT Thorax, ja warum ist das CT besser ? dann hat er gesagt das CT ist auch unauffällig was kann man noch machen? (als Hilfe hat er gesagt das eine kombinierte Verfahren mit CT) PET CT, richtig wie hoch ist die Belastung? 12 -13mSv (ich wusste es nicht)
Chirurgie: Unterschenkeltrauma wie mchen Sie die Untersung?welche Röntgen(von wo genau bis wo w¨rden Sie röntgen? Motorik Sensibilität Puls bla bla welche Komplikationen? kompartiment synd (Symptome, Diagnostik, Therapie), Therapie der Fraktur, wenn die Weichteilstruturen schwer geschädigt sind, was machen Sie? (Fixateur ext und Debridement)

Dr Boknik:
Rechtsmedizin: was ist CME? kriegt man Punkte geschenkt? (ja 50Punkte weil wir die Arztblatt bekommen)
Pharma: Parkinsonmedikation die Hauptwirkungen und Beispiele und NW ?
welche Mdt imitieren Parkinson? was soll man tun?
welche Antiemetikum kann man bei Parkinson geben?



Prüfern: Boknik, Roos, Brand

1. Anamneseerhebung: Nur 2 Fragen konnte ich stellen: Name, warum sind Sie zu uns gekommen? Weil er Beinödem hatte.
Körperliche Untersuchung:
• Untersuchung des Herzens: Es gab ein Systolikum, ich konnte es nicht erkennen. Er hat die Antwort gegeben, eine Aortenklappenstenose und dann hat Fragen gestellt:
o Was hört man bei Aortenklappenstenose?
o Ursachen von Aortenklappenstenose
• Untersuchung der Lungen: Es war frei. Das war richtig.
o Was würden Sie bei einem Pleuraerguss finden?
• Untersuchung der Leber: Nur Palpation, es war falsch durchgeführt, weil der Patient nicht flach war!!!!
o Warum soll der Patient flach liegen?
o Warum untersucht man die Leber in Inspiration?
• Untersuchung der Beinödeme: Nur drucken pretibial. Es war richtig
o Wo soll man das untersuchen?
o Was soll man beachten? uni oder bilateral, Schwellung, warm oder kalt?
o Differential Diagnose von Beinödem:
  kardiale, renale Ursachen....
  Was für renale Ursachen gibt es? DM...
  Welche Arten von DM? Welche Unterschied gibt es zwischen DM1 und DM2 bezüglich der Nierenschäden?
  Welche ist der patophysiologische Erklärung für DM1 und DM2?
  Erstes Zeichen der DM: Microalbuminärie
  Klinische Zeichen von TVT. Die Namen und wie man sie untersucht.
Welches Krankheitsbild hatte der Patient? DM2 Hyperglykämische Entgleisung. Vorerkrankungen (Aortenklappenstenose)

2. Dokumentation
Wie viel Zeit hatten Sie zur Dokumentation? 25 Minuten. Es reicht.

Welche Fragen wurden zur Dokumentation gestellt? Ein sehr kleiner Bogen. Nur mit folgenden Stichwörter:
• Diagnose (Man musste hier die Grunderkrankung schreiben): DM2, Vorerkrankung (Aortenklappenstenose)
• Aktuelle Krankheit: Hyperglykämische Entgleisung (zum Ausschluss diabetische ketoazidose vs Hyperosmolar hyperglykämische Zustand
• Körperliche Untersuchung (man musste hier nur schreiben, was man untersuchen musste)
• Weitere Diagnostik und Therapie

3. Prüfungsgespräch
Welche Rückfragen wurden Ihnen zur Anamnese und den erhobenen Befunden gestellt?
• Sie haben mir nochmal nach der klinischen TVT Zeichen gefragt
• Was wäre die differential Diagnose, wenn das Bein kalt wäre.

Wurden Ihnen weitere Patientenunterlagen (z. B. EKG) zur Beurteilung vorgelegt? Wenn ja welche?
• Rö Thorax: Lungenembolie (Sie haben nach der Radiologische Zeichen der Lungenembolie gefragt)
• 24h Blutdruckmessung: non dipper

• EKG: Komplett Rechtsschenkelblock
• EKG: Kammerflimmer
Welche Fragen wurden Ihnen zum Procedere gestellt? Keine

Welche weiteren Fragen wurden Ihnen gestellt zum Thema

• Innere Medizin:
• 24h Blutdruckmessung: non dipper. Was würden Sie diagnostisch machen? Non dipper Patienten haben normalerweise eine sekundäre Hypertonie. Welche Ursachen für sekundäre Hypertonie kennen Sie? Nierenarterienstenose, DM, etc. Kennen Sie das Conn-Syndrom? Ja, primärer Hyperaldosteonismus. Kann das eine sekundäre Hypertonie auslösen? Ja. Wie kann man das diagnostizieren? Aldosteron, Renin bestimmen. Wie ist Kalium in diesem Syndrom? Hyperkaliämie. Welche andere Bestätigungstest gibt es? Kochsalzbelastungstest. Wie funktioniert es? Bei Conn-Syndrom senkt der Aldosteron spiegel nicht. Es bleibt entweder hoch oder normal. Wie würden Sie das behandeln? Spironolacton. Wie würden Sie anfangen (Dosis)? 25mg, einschleichen.

• Chirurgie:
• 60 J Patient mit rechten mittel-unter-Bauchschmerzen und einem pathologischen Urinsediment (Erys, Leukos) bekommt Antibiotika ohne Besserung. Die Schmerzen seien schlimmer gewesen, körperliche Untersuchung, schwer wegen Adipositas. Was machen Sie? Ich habe Sonografie geantwortet. Der Patient ist Adipositas und Sie können nicht richtig beurteilen. Ich mache eine CT. Was suchen Sie in einer CT? Ursachen für ein akutes Abdomen zum Beispiel Urolithiasis oder retrocecales Appendizitis. Wie gut ist die CT für ein retrocecales Appendizitis? Es ist der Gold Standard. Welche ist die Sensibilität von CT für Appendizitis? 95%.
• Ursachen für arteriellen Verschluss (Alle die mögliche Ursachen)

• Pharmakologie:
• 25 J Patient wurde am Hbf gefunden. RR 90/60, HF: 50, AF: 6. Bewusstsein: nicht reagierbar auf Schmerzen. Was würden Sie machen? ABCDE. Welche differential Diagnose haben Sie? Hypoglykämie, Herzrhythmusstörungen, Aneurysmaruptur, Lungenembolie. Was noch? Ich habe nach der Pupillenstatus gefragt. Ausgeprägte Miosis. Ich habe gefragt, ob der Patient Stechen Marken hatte: JA. Ursache: Intoxikation mit Heroin. Wie würden Sie das behandeln? Naloxon. Kennen Sie eine andere Möglichkeit? Naltroxon. Was ist Methadon? Für die langzeit Therapie von Drogenabusus.
• 23 J Patient hat Halluzinationen und ist aggressiv. Was vermuten Sie? Schizophrenie. Welche Medikamenten könnten gut für ihn sein? Neuroleptika. Welche Arten von Neuroleptika gibt es? Klassische und atypische. Welche ist der Unterschied? Klassische haben mehr Nebenwirkungen wie extrapyramidales Syndrom. Welche Arten von extrapyramidales Syndromen kennen Sie? Früh/Spätdyskinesie, malignes neuroleptisches Syndrom, etc. Wie behandeln Sie diese Syndromen? Bipiriden.

• Radiologie:
• Radiologisches pathognomonische Zeichen von Sarkoidosis (nicht die Einteilung).
• Differential Diagnose von Sarkoidosis im Rö Thorax

• Strahlenschutz:
• Welche sind die deterministische Schäden, die man einen Patienten erklären soll, wenn der Patient eine Koronarangiographie bekommen soll?
• Warum ist es besonders wichtig bei diesen Patienten darüber zu erklären? Für die Koronarangiographie brauchen die Ärzte eine größe Areale zu strahlen um alle die Gefäße, zu

untersuchen.
• In Welchen Situationen darf man die normale Bevölkerung röntgen? TB Kontakt (wo finden Sie dieses Gesetz?), bei Verdacht auf Drogen im GI Trakt (nur nach Erlaubnis des Gerichts) wo finden Sie dieses Gesetz?
• Rechtliche Fragen:
• Wie würden Sie das Alter von einem Patienten (für rechtliche Gründe) bestimmen? Rö Hand

• von anderen Prüflingen:
• Innere Medizin: Hypernatriämie (Ursachen und Behandlung), interstielle Nephritis wegen NSAR (Pathophysiologie, Behandlung), Mitralklappeninsuffizienz (Charakteristiken des Geräusches), Laborparameter von Cholestase, Definition und Parameter von SIRS, Unterschied zwischen SIRS und Sepsis.
• Pharmakologie: Protokollen für Anästhetika (Prämedikation, Medikation), Behandlung von fulminanten Lungenembolie (Fibrinolitika, Kontraindikationen, Wirkungsmechanismus), Antibiotika für Patientin mit Chemo + Fieber und Neutropenie (Mögliche Kombinationen gegen Pseudomona, Arten von Aminoglykosiden). ASS (Wirkungsmechanismus, Warum nur 100 mg?)
• Chirurgie: Wirbelsäulenfraktur (Patophysiologie: 3 Säule Theorie, wie behandelt man jeder. Was ist eine stabil und instabil Wirbelsäulenfraktur? Erklärung der Kyphoplastie), Bypass (Typen, Beschreibung des Verfahrens)
• Radiologie: Röntgen Thorax mit Lungenödem (2 Aufnahmen mit 3 Tagen Unterschied vom gleichen Patienten aber mit schnell und ausgeprägte Verbesserung) Erkennung von ZVK (wo soll es legen?), endotrachealer Tubus. Röntgen mit Tracheaperforation von Endotracheales Tubus)
• Strahlenschutz: Gruppen von Mitarbeiter in Strahlenschutz (A: mehr als 20mSV - jährliche Untersuchung, B: mehr als 6mSV). Gibt es eine maximale Grenze von Bestrahlung für Patienten (Nein).
• Rechtliche Fragen: Rechte von den Patienten, Patientenverfügung, Patientenversorgung



Warendorf GWKP bestaenden.

Radio und Chirurgie: Pat. mit DCM wartete auf Herztransplantation, wie wurde ich ihm in diese warte Zeit behandlen. Ich habe VAD (ventrikulaere assist Device gesagt), Dann Minimale invasive Herzchirurgische Massnahmen (Ich habe als beispiel transapikale aortenklappen Ersatz erwaehnt). Dann eine Pat. mit Rundherde im Lunge und er wollte Reisen gehen, wie entscheidet Mann ob man als Arzt weg lasst oder dringend diagnostiziert. Vorbefunde Rontgen vergleichen (ob es vergrossert ist) dann Rontgen muss mindestens 2 Jahre Alt sein(hat er so gesagt). Strahlenschutz Betriebbereiche. Andere: Aufklaerungpflicht. ACVB, Strahlenschtuz Kinder. Eine Patient hat Fieber nach laparotomie DD und vorgehen.

Medizin: Alles ueber Ascites

Pharma: Herzinsuffizienz alle medi mit Wirkung Mechanismus. In wleche Toxikation findet man Miosis. Welche medikamente haben enterohepatische circulation. Btm. opide nebenwirkung Mechanismus.



Dr. Karin Mayer�
- Pat mit Dyspnoe: Dif. Diagnose, u.a. Lungenembolie: Klinik, Diagnose, BGA (partielle/ global resp. Insuffizienz) (EKG- Zeichen, CT), Therapie: Antikoagulation, Lysetherapie, Embolektomie.
�- WHO-Schmerzstufentherapie�
- Pat. mit Oligurie. Akutes Niereninsuff. Ursachen. Unterschied zwischen Prä- und Intrarenal. Befund im Sono. Therapie
�- Transfusion: Aufklärung, Bedside- Test. Nebenwirkungen�
- Pat. hat Bilirubin erhöht. Was kann das sein? Prä- Intra- und Post-hepatische Ursachen. Leberzirrhose: Diagnose, Befund im Sono und CT. Komplikationen. Child- Pugh. Hepatische Enzephalopathie: Pathogenese.
- NHL. Klinik. Diagnose. Th
- Myokardinfarkt: Therapie
- Hyperglykämische- Entgleisung
- EKG auswerten
- Pneumonie, Klassifikationen. Erreger, Therapie�

Dr. Strunk
- Pat. mi tastbarer Resistenz und Bauchschmerzen. Was kann das sein? AA: Klinik, Befund im Sono und CT, Op- Indikationen, Therapie
- Ein Rönt- Bild mit Pneumothorax. Klinik, Therapie, Methode beschreiben
- Pankreaskarzinom: Klinik, Labor, Tumormarker, Befund im CT, Therapie, Verfahren beschreiben mit Resektionen und Anastomosen.
- Rö- Bilder: Femurschaftfraktur vor und nach OP mit Fixateur externa, Atelektase, Pneumonie
- Pat mit Hämatemesis. Ursachen? bei Ösoph. Varizen: Blutstillung. TIPS.
- Strahlendosis in Deutschland? 2,1 mSv/a
- Rö- Thorax und CT- Thorax Dosis�• Anatomie: Aorta-Abgänge�

Dr. Wundemuth�
- Abdomenuntersuchung (was noch gehört dazu? Suche nach Hernien und DRU), Knie-Untersuchung. Untersuchung der Leiste beschreiben�
- Appenditiszeichen. Pathogenese�
- Verbrennungen.Pathogenese. Therapie�
- Was ist Verbrennungskrankheit?�
- Rö-Bilder: Beckenfraktur, Klavikulafraktur: Therapie, Weber C Fraktur vor und nach der OP: Stellschrauben zeigen, wann kann der Schrauber raus? nach 6-8 Wochen, Schulter-Luxation: Repetition Methode beschreiben�
- offenen Frakturen. Komplikationen�
- Indikationen für eine operative Therapie bei Frakturen�
- Sichere und unsichere Toderzeichen�
- CT-Bild mit Pneumothorax

Hallo liebe Kollegen,
GWP am 15.02.2017 in Düsseldorf.Prüfungskommission Frau PD Dr.Lehwald-Tywuschik (Chirurgie). Herr Prof Dr.Hohlfeld(Pharmakologie).Dr.med Kondakci als Vertretung für Herrn Prof Dr Haas.

Klinisches Teil: Wir waren zu zweit. Wir haben jeweils einenPatienten ,eine Patientin auf der Station bekommen. Meine Patientin litt an Multiples Myelom, wurde zur geplanten Chemotherapie aufgenommen. Ich war kurz alleine bei der Patientin, grob die Anamnese gemacht kam Herr Prof Hohlfeld und begleitete mich bis zum Ende der Untersuchung. Zwischenzeitlich stellte er verschiedene Fragen. Zum Bespiel , dass man auf die Suchtanamnese (AlkoholDrogen,Nikotin) achten soll wegen Medikamenteninteraktionen. Dann musste ich den Bauch, die Lunge , das Herz untersuchen. zB Leberkratzauskultation,Palpation,. Sonst übliche Untersuchung. Meine Patientin hatte auf dem Rücken mehrere Nävi. Daraufhin hat er gefragt worauf man achten sol. Ich habe Malignes Melanom gesagt. Kurz wollte er Malignitätskriterien hören. Ansonsten weil meine Patientin auch neuropatische Störung an den Füssen hatte musste ich die Pulse tasten und grob Motorik untersuchen.Danach mussten wir den vorgefertigen Anamnesebogen ausfüllen.Kurze Epikrise wurde geschrieben. Ohne Pause ging es weiter.

Mündliches Teil:Innere Medizin
Ich hatte als erste Frage einen Patienten mit Fieber , Husten. DD (Bronchitis, Pneumonie, Tbc...genannt. Danach ausführliche Fragen über Pneumonie.Zum Beispiel Unterschiede zwischen typischen, atypischen Pneumonien bezüglich Erregerspektrum, radiologische Bildegebung.(Lobär vs. Interstielle Pneumonie.)Natürlich Auskultationsbefunde.Kurz über das Thema Grammnegative Erreger SIRS usw.Danach ein Laborbefund mit einem Hb von 5,8. MCV,MCH normal gewesen.Der Patient hatte keine akute Beschwerden deshallb soll man eher an einen chronischen Verlauf denken. Danach sehr detalliert Anämie Differential Diagnose.Eisenmangelänemie Ursachen . Megaloblastäre Anämien.,ACD. Zum Bespiel warum Makrozytär?Auch Hämolytische Anämien habe ich erwähnt. Der Prüfer wollte nur die extrakorpuskuläre Kälteantikörper, Warmeantikörper,ABO Unverträglichkeit.)EPO-Mangel bei chronischen Niereninsuffizienz.
Ein Labor befund mit Agranulozytose. Ursachen Medis usw. Ein EKG mit VHF gekriegt, musste beschreiiben Tachyarrythmia absoluta bei VHF.
Pharmakologie:Heparine UFH vs. NMH.Unterschide bezüglich HWZ, Applikationsform,Antagonisierung.,Kontrolle.Indikationen , Nebenwirkungen. Über HIT I ,HITII weitergefragt. Verlauf, Therapie. Thromboseneigung. Ich habe erstmal Z.n Immobilisation, Operation, Orale Kontrazeptiva , Hereditäre Thrombophilie(APC Resistent, Protein C , S Mangel)genannt. Danach Fragen zu Faktor V Leiden.Meine Patientin bekam Thalidomid. NW von Thalidomid ich habe Phokomelie und Knochenmarksdepression gesagt. Daraufhin Medikamente die in der Schwangerschaft definitiv kontrindiziert sind. Ich habe mehrere bekannte Gruppen gennant mit Anomalien.(z.B Coxibe ,Retinoide, Fluorchinolone.,Antikonvulsiva) dann Fragen über Antikonvulsiva Valproat. 1.Wahl bei generalisierten , 2. Wahl bei Fokalen Anfällen. Allgemeine NW von Antikonvulsiva. (Sedierung, Benommenheit)
Pseudomembranöse Kolitis Erreger, Klinik,Therapie. Darauf achten, dass man Vancomycin oral verabreicht , weil das Medikament am Darn wirken soll!!!Kurze radiologie Frage über Strahlenschutzmassnahmen.Warum sind Heparine in der SS nicht kontrindiziert. Wegen dem Molekulargewicht. Grosses Molekul nicht plasentagängig.

Chirurgie..Mehrere Bilder mitgebracht. Mein erster Patient hatte eine ausgeprägte Raumforderung mit oberer Einflussungsstörung. Ich habe zuerst DD gennant. (LAP , Struma. SD-Karzinome. Thymom.Lipomusw.) Danach Fragen über die Beschwerdesymptomatik.(Dysphagie, Dyspnoe ,

Heiserkeit, Druckschmerz usw.Unterscheidung zw. benigne &maligne Prozesse. Punktion, Sono genant.Szintigrafie Kalteknoten sind malinomverdächtig. Danach Schilddrüsenkarzinom.Worauf man achten muss Aufklärung über Op, speziell Gefahr einer Hypokälzämie bei einer Mitenfernung der Nebenschilddrüse.Vor der Op. HNO -Konsil. Stimmbänder Untersuchung.Wenn man versehntlich den nerv beschädigt würden Sie weiteroperieren?Eher nicht weil doppelseitige für den Patienten sogar eine Tracheotomie erforderlich machen würde. Ich habe auch intaroperatives Monitoring gesagt.Symptome einer HypoCa.
Danach chirurgische Ursachen für Ikterus DD(Choledocholithiasis, Mirizzi syndrom,Cholangitis, Pankreas Karzinom gesagt.Sono Befund Double -Duct Sign.Endosono Beurteilung der Tm Grösse , Lympknoten. Fragen über Pankreaskarzinom.Labor usw. Z.b Adenokarzinom,Staging. Therapie.Whipple Op ausführilch.
Zuletzt ein Bild mit Gastrographin rektal. Mann sah eine Stenose. im Bereich von Sigma. Wieder DD. Divertikulitis ausführliche Therapie.
Natürlich Antibiose falls entzündet. Metronidazol nicht vergessen.Ich habe die Stadieneinteilung gennant auch Patientenabhängige Faktoren.Bei den Komplikationen Diskontinuitätsresektion nach Hartmann mit Kolostoma.Wann soll man zurückverlagern?(2-4 Monate)Patient hat 3 Schübe würden Sie operieren Ja.aber im entzündungsfreien Intervall.
Kolon Karzinom im Bereich Colon descendens , Sigma.Therapie. Resektion. Anastomose.



, Kenntnisprüfung Düsseldorf: 10.2016

Prüfungsort :MNR Klinik -Düsseldorf uni
Die Prüfer: Hr.Prof. Germing (Hämatologie und Onkologie)
Hr.Prof. Hohlfeld (Pharmakologie)
Fr.dr.Lehwald (visc.Chirurgie)
Im Übrings gab 4 Personen von Gesundheitsministrium .Sie haben uns von Anfang bis Ende begleitet . (Das war richtig stressig)
Klinische Teil :
Ich habe eine Patientin mit Lymphoma Burkitt . Ich habe die Anamnese erhoben und die körperliche Untersuchung gemacht .
Hr.Prof.Germing war bei mir die ganze Zeit (mit der 4) und er hat mir während körperlichen Untersuchung viel gefragt (therapie und Staging und Nebenwirkungen von Chemotherapie)

Mündliche Teil:
Chirurgie : Cholezystitis (Symptome , Ätiologie , sonographische Zeichen , O.P mit genauer Technik Schritten)
Dann Anatomie der Gallengänge !
Anatomie des Colons und einen (Rö-Abd) mit Colo-Ca
Diagnose , Maßnahmen , Therapie und die ganze Technik .
Laborbefunde lesen und Diagnose sagen (es war Cholestase und Niereninsuffizienz)

Und viele andere Fragen . Leider kann ich nicht errinern .

INNERE:
Essetienlle idiopatische Purpura
Thrombozytopenie mit DD und weitere Diagnose Maßnahmen .
Pantozytopenie und wie gehen wir weiter.
10 DD für diffuse abd. Schmerzen (aber kein akut Abdomen!)
Jede Diagnose mit sichere Diagnose Maßnahme nennen.
Und viel andere Fragen..

Pharma (war für mich die schwiergste)
Kinder Medikamente und was für Besonderheiten
Gyras Antibiotika (pharmakonitek ,NW , KI)
Nennen Medikamente ,die epileptische Anfälle auslösen können .
Wenn ich (thyophillin) gesagt habe .
Er hat mich alles über thyophillin gefragt und wie kann es epileptische Anfall auslösen .
Hepatotoxische Medikamente . Wenn ich Paracetamol gesagt habe , hat er über die genauer Toxikation Mechanism gefragt .
Dann kontraindiezierte Medikamente bei Schwangerschaft.
Und Beispiele über Plazentagängige Medikamente .
Orale antidiabetike Medikamente (nur Namen mit Beispiele)
Diabetes Behandlung bei Schwangerschaft
Heparine
Er hat mir einen Rezept gezeigt .
Was ist und wie schreiben .
Das war Btm Rezept . Und dann er hat mich gefragt genau zu beschreiben , wie kann ich schreiben . Wie viel wie lange und und ...
Was bedeutet Patientsverfügung.
Und paar andere Sachen

#Kenntnisprüfung MNR-Klinik #Düsseldorf 15.09.2016
Kommission: Dr. Haas (Hämatologie), Dr. Hohlfeld (Pharmakologie) u. Fr. Dr. Lehwald (Viszeralchirurgie) (Die letzte prüft seit einiger Zeit anstelle von Hr. Dr. Schulte am Esch, deshalb nicht wundern wenn in der Einladung Schulte am Esch steht!!)
Als ich die Einladung gekriegt hab, hab ich direkt dem jeweiligen Prüfer eine Email geschickt; mich kurz vorgestellt, u. Nachgefragt ob es spezielle Themen gibt, mit denen ich mich tiefer auseinandersetzen sollte!! Das Ergebnis der Mails war, dass die Fr. Dr. Lehwald nur die Viszeral- , Thorax- und Allgemeinchirurgie prüft. Das hat mich allerdings sehr sehr erleichtert!
Am Prüfungstag waren wir 2 Kandidaten (einer ist nicht gekommen). Meine Patientin war wegen schmerzlosen vergrößerten Lymphknoten submandiblär li. zur weiteren Abklärung in der Klinik (V. a. Lymphom). Der andere Prüfling hatte einen Pat. mit Knochenmetastasen.
Nicht erschrecken!! Die Diagnose war nicht so wichtig wie die Anamneseerhebung bzw. die klinische Untersuchung!! Dr. Haas war allerdings auch dabei als ich mit der Pat. angefangen habe. Anschließend wollte er dass ich das Herz, die Lunge u. den Abdomen untersuche (genauso wie in Amboss). Zwischendurch stellte er auch noch schöne Fragen (z.B. warum wenn ich das Herz auskultiere taste ich gleichzeitig den Puls ab? Oder warum bei der Kratzauskultation der Leber ist bei Übergang zum Lebergewebe ein deutlicher Lautstärkesprung zu hören?)
Danach hatten wir ca. 45Min. um den Anamnesebogen auszufüllen (Zweck ist es, ob du auf Deutsch gut fachsprachlich äußern kannst!!)
Es gab ca. eine Std. Pause, danach fing der mündliche Teil an. Ich muss ehrlich sagen all die 3 Prüfer waren sehr nett und kooperativ (z.B. wenn einer von denen merkt dass du nicht antworten kannst oder mit der Antwort nicht weitergehst, dann wechselt er das Thema). Also es ist nicht schlimm wenn du manchmal nicht weißt *_^
Innere: Ein 70-jähriger Pat. mit Fieber, Husten und Hämoptoese >>> DD Pneumonie, Bronchial-Ca., Tuberkulose >>> Untersuchung ; Auskultationsbefund der Lunge >>> Diagnostik; Labor, Sputumkultur, Bildgebung, ggf. Bronchoskopie mit Biopsieentnahme >>> Einleitung Pneumonien, häufigste Erreger >>> Wie kommt es zu Hämoptoese bei Tuberkulose?? (was ich gesagt habe ist dass wir hier verkäsende Granulome haben.. das war die Hälfte der Antwort.. also in der Mitte dieser Granulome gibt Nekrose und von daher kommt das Blut mit dem Husten.. das wollte er hören).
--- Der andere Prüfling wurde über Angina pectoris und Myokardinfarkt sowie über hypertrophische Kardiomyopathie gefragt..
Übrigens, Dr. Haas ist wichtig zu wissen, ob man die Physiologie bzw. die Ätiopathogenese verstanden hat!!!!! Nach Therapien fragt er nicht viel !!!!
Chirurgie: 1- DD rechtsseitigen Unterbauchschmerzen bei einer jungen Frau.
2- DD des akuten Abdomens.. Vorgehen (Anamnese, körperliche Untersuchung und Diagnostik).. Dann hat sie mir ein Röntgenbild gezeigt >>> Was sehen Sie auf dem Bild? >>> Typische Spiegel aus Luft u. Flüssigkeit >>> Ileus >> >> Klinische Abgrenzung zwisch. Mechanischem u. paralytischem Ileus (auskultatorisch!) >>> Was könnte die Ursache des mechan. Ileus sein? Danach hat sie mir ein CT-bild gezeigt >>> Was sehen Sie da? >>> Spiegelzeichen mit inkarzinierter Leistenhernie als Auslöser des Ileus.. >>> Wie entsteht eine Leistenhernie? (dirkte und indirekte) >>> Therapie für diesen Pat. (sie wollte mehr über die Op-Verfahren von Leistenbrüchen hören, aber mehr als die Netzimplantation kannte ich nicht!!)
3- Ein Fußballspieler hat plötzlich Dyspnoe, Was machen Sie mit ihm? Ich hab ein paar Fragen gestellt (ob er schlank bzw. Raucher ist, Vorerkrankungen, Medikation) >>> V. a. Pneumothorax >>> Lungen abhören >>> abgeschwächte oder fehlende Atemgeräusche auf der betroffenen Seite.. evtl. gestaute Halsvene.
>>> Wie gehen Sie weiter vor? >>> Sofortige Entlastung durch Punktion 2. ICR in der Medioklavikularlinie... (das war allerdings nicht genügend, sie wollte auch hören dass im KH eine Drainage in 5. bis 6. ICR in der mittleren bis hinteren Axillarlinie angelegt werden muss, und mit einem Vakuum anschließen..)

---Der andere Prüfling wurde über Ikterus (DD, Vorgehen), Cholezystitis (z.B. Murphy-Zeichen, Sono-befund; 3-schichtige Gallenblasenwand,...), Pankreaskarzinom (+ Whipple Op) gefragt..
Pharmakologie: - Was ist Novalgin u. welche Nebenwirkungen kennen Sie?
- Medikamentöse behandlung von Osteoporose, dann von hypertensivem Notfall. Dann hat er mir einen Medikamentenplan von einem 83-jährigen, im Moment bradykarden Pat. gegeben, und wollte überprüfen welche Medikamente ich kenne bzw. welche die Bradykardie verursacht haben (insgesamt sollte man die jeweiligen Medikamente etwas gut kennen; z.B. die Gruppe, Indikationen, Kontraindikationen, Nebenwirkungen und z. T. Wechselwirkungen bzw. Elimination).
Rechtsmedizin: Der Dr. Hohlfeld hat gefordert, ein privates Rezept zu schreiben und fertig! (z.B. er hat uns ein Zettelchen gegeben und Name eines Medikaments mit Dosis und Dauer der Anwendung genannt, dann sollten wir die folgenden Angaben berücksichtigen: Name irgendwelchen Pat., die verschriebene Menge(N1, N2 oder N3; für Näheres siehe Google!), Dosierungsanweisung (z.B. 3x tgl.), Name, Adresse, Telefonnummer, Berufsbezeichnunhg und die Unterschrift des verschreibenden Arztes sowie Datum der Ausstellung).
Strahlenschutz: Nur eine einzige simple Frage wurde gestellt: Welche Maßnahmen sind wichtig für beruflich strahlenexponierte Personen? >>>Bleischürze + Abstand halten (dann war sie zufrieden)
Notfallmedizin: Eine ältere Dame hat plötzlich sehr starke Schmerzen mit Parästhesien und Blässe im re. Arm und kann den Arm kaum bewegen >>> Ich fragte zuerst nach Vorerkrankungen bzw. Vormedikation sowie Pulsstatus >>> V. a. Akuten peripheren Arterienverschluss in der A. brachialis re. (als Ursache Thrombose oder Embolie) >>> Therapie Vollheparinisierung mit Analgesie.. dann hat er ergänzend: und ins KH zu den Gefäßchirurgen zur operativen Rekanalisation schicken..
--- Der Fall des anderen Prüflings war diabetische Ketoazidose..



Hallo zusammen. Ich habe die Gleichwertigkeitsprüfung in Mechernich (Köln) bestanden.
Prüfern. Pr.dr Andermahr. PD. Dr Hering . Dr Wirtz. Zwei von drei haben bestanden.
Bei Patientin: OSG Fraktur. untersuchen sie das Herz. Das Abdomen. Neurologische Untersuchung. Wie N. Trigeminus untersuchen welche sind die Austrittpunkte im Gesicht wie untersuchen. Genau zeigen wo. Thrombose Zeichen untersuchen und zeigen. Zeigen sie die wichtigsten Punkten im Abdomen. Mc burney und Lanzpunkt. Wo genau die lokalisation und zeigen. Patienten hatte Varikosis . Beschreiben sie .wie nennt man diese kleinen venen (Besenreiser)
Dann mündlicher Teil.
Chirurgie:
Offene Verletzung Oberbauch links (Bild gezeigt) . Beschreiben sie das Bild. (offene penetrierende Wunde). Was könnte die Ursache sein. Was muss man sofort machen.(Vialparameter am wichtigsten und eine FAST Sono: morisson pouch; koller pounch, douglas raum, perikard). Was muss man bei solche Verletzungen befürchten. Welche Organe könnten verletzt sein . Was ist die beste Maßnahme zu genauen Diagnostik. (Mediane Laparotomie. Warum nicht notfall CT. Weil : zeit Verlusst und bei penetrierende Verletzung mehrere Organe verletzt seien können die man sofort bei laparo behandeln muss. Milz: welche Gefäße versorgen es und genaue lokalisation . Welche gefäße mussen bei Splenektomie entfernt werden (A. Und V lienalis und Art gastroomentalis sinstra . Warum weil sie sofort in Verbindung mit A. Splenica ist. Er war sehr zu frieden mit dieser Antwort. Wenn Pankreas ebenfalls mit verletzt ist. Welche Hinweis könnte dafür sprechen. (pankreas sekret in der Milz loge).
Andere kollegen : distale Radius Fraktur. Und Wirbelkörper Fx . Bilder gezeigt. Was sehen sie. Wie kommt es zu diese Fx. Und alles über Klassifikationen und wann instabil.was könnte mitverletzt sein bei radius fx und auch bei Wirbelsäule. Wie können sie eine Verletzung der Nerven feststellen welche Nerven.
Anästhesie und Notfall: Patient auf Station bewustlos. Welche Maßnahmen sofort. Wie lange darf die körperliche Untersuchung der vitalparameter dauern vor der CPR (nicht mehr als 10sek). Welche Ursachen. Alles mögliche sagen. Wenn es ein Kammerflimmern ist . Wie erkennen . Was machen. Defi sofort. Warum nicht Herzdruckmassage oder Adrenalin als erstes (nicht defibrilluerbarer Rhytmus) . Was sind behandelbarer Ursachen (4H und Hits hypothermie hypoxämie hypvolemie hypo- hyperkaliämie und herztamponnade intoxication thrombus (LE , Acs) spannungpneu). Stufentherapie von Schmerzen . Welche NW von Morphin. Unterschied zwichen Defibrillator und Kardioversion . Spiral CT thorax gezeigt . Beschreiben sie das Bild . Organe und Befund . Das war ein Zwerchfellruptur bei Polytrauma. Welche Apparative Dg bei Polytrauma. (Spiral CT von Schädel bis Becken laufend) Warum . Um nichts zu übersehen und keine Zeit zu verlieren bis zu Behandlung von Notfälle verletzungen.
Andere Kollegen LE und TVT alles über ursachen dg und Therapie. Héparine Typen und Beispiele. Welche NW . Was ist ein HIT. andere Fragen habe ich vergessen.
Kardio: Mehrere EKGs gezeigt : VHF. Sinusarrhythmie. Torsade de pointe. SA Block. Was sind die Ursachen von SA block. Wie behandeln.
Vorgehen und Therapie bei VHF. Welche Verletzungen bei TEE . Wann besonders gefährlich Oesophagus zu perforieren. (bei Zenker Diverticke l wusste ich nicht ;) Therapie von ACS . Was ist die beste Therapie. PTCA was macht man genau. Andere Fragen habe vergessen.
Tip: körperliche Unterschung gut kennen
Viel Glück und Erfolg für alle. Ihr schafft es.



Prüfern:
Prof Dr Andermahr (Unfall Chirurgie)
Dr Peter Wirtz (Kardiologie) Er war nicht da seine Vertreter Dr Mathias Kühnel hat uns geprügt
Dr Rudolf Hering (Änastheisiologie)
Praktische Teil: Pt mit oberen Sprunggelenksfraktur mit op Fixation , Meiner Prüfer war Dr Mathias , Er hat mir gesat: mach Anamnese Erhebung und Körperliche untersuchung(Alle körperliche Untersuchunge , Er hat mit mir kein Pespreschung er hat nur ein Platz genomen und mir gekugt, aber am Ende er hat mir gesagt ,mach alle Hirnnerven Untersuchung):30 minuten...
Wir hätten Anamnesebogen mit diese Stitchworter: Diagnosis, Aktuelle Anamnese, Körperlich Untersuchung :kopf, Hals, Thorax, Herz, und Lungen.
Danach wir sind direkt in der Mündlich Prüfung gegangen ohne Pause
Müdlische Teil:

Prof Andermahr:
Leisten Hernea (Difenation, kontent, einteilung ,Region nerven versorgung (Ileoinguinalnerv)
Wie kann man ein patient (der mit Macurmar antikuaguliert) vor ein Op. Vorbereiten, wie kann mann das machen wenn die op.notfallmäßig und wenn die op. ellektive ist, was kann mann machen wenn der pat. ASS Eingenommen hat(Thrompozyten konzentrat, FFP und coag.Facturen gabe)
Ein patient mit klavikel, Rippen und skabula Fraktuern wie kann mann solche trauma betrachten(schwer Trauma) was Könnte in schwer trauma mitverletzet(lungen, Herz, Aorta hier er hat mir gefragt wo genau in die Aorta-Am Ismuth-)

Dr Mathias Kühnel:
EKG gegaben VHF dann indetails (Ursachen,Einteilung, Kompilikationen Antikoagulant in details , NOAC , Karrdioversion;Indikation Timing, Medikal und Elektrisch Defibrellatur – In details- vorbereitung für Kardioversion),Shlaganfall(Ursachen , Risikofakturen)

Dr Rudolf Hering,:

Reanimation BLS und ALS (ganz Thema und ganz tief) Inotrop ganz detailiert , Spannung Pnemothorax, kinder Aufklärung

Andere Kollegen:Nieren versagen , Pneumonie, glukokortikoids pVAK, Aufklärung pflicht, pt Verfügung, Herzinfarkt mit ekg und ganz thema, Akut koronar syndrom, TB, Heparin, Andere fragen habe ich vergessen.



GWP Mechernich 04.11.2016
Alle drei Teilnehmer haben bestanden.
Praktische Prüfung:
Ptin Z.n Radius # mit ORIF.
Anamnese Erhebung war unkompleziert.
Untersuchung: Lunge und Herz sowie Abdomen. Was verursacht ein holosystolisches Geräusch und ein Diastolikum. Wo wollen Sie genau abhören bei einem Aortenstenose und eine Mitralinsuffizienz. Untersuchung der Reflexe (BSR TSR PSR ASR) welche nerven sind für jede Reflex zuständig (z.b BSR C5/C6)
Untersuchung der N.Facialis. Was passiert wenn die n. Facialis zentral geschädigt ist?
Mündlich:
Andermeyer: nennen Sie Hirntumoren. Was sind die verschiedene Zellen im Gehirn? Was ist Giliom,Schwanom? Wo sind meningiom am meisten lokalisiert? Welche nerven sind am meistens betroffen? Wie wollen Sie ein Meningiom behandeln?Welches Nerv ist bei einem Hypophyse tumor betroffen?
Wirtz: nennen Sie die verschiedene krankheiten die bei einem hypophysetumor verursacht? Was sieht man im Labor bei einem Conns syndrom? Wie diagnosiziert man conns Syndrom? Wie wollen Sie es behandeln? Nennen Sie die Antihypertensiva und Diuritika. Was sind die risikofaktoren für a. Hypertonie. Wie entwickelt sich eine pAVK?
Hering: was verstehen Sie von ABCDE. Was bedeutet jede Buchstabe? Wollen Sie einen komatosierten Patient operiern? Was machen Sie, wenn die eltern von einem Kind eine bluttransfusion nicht durchführen lassen? Was ist FAST? Was suchen wir mit solcher untersuchung? Was für weitere Untersuchungen wollen Sie anordnen bei einem traumatisierten Patient.



Prüfern:
Prof Dr Andermahr (Unfall Chirurgie)
Dr Peter Wirtz (Kardiologie) Er war nicht da seine Vertreter Dr Mathias Kühnel hat uns geprügt
Dr Rudolf Hering (Änastheisiologie)
Praktische Teil: Pt mit oberen Sprunggelenksfraktur mit Fixatur extern (Weber B), Bett legen
Anamnese Hebung und Körperliche untersuchung:30 minuten... Wir hätten Anamnesebogen mit diese Stitchworter: Diagnosis, Aktuelle Anamnese, Körperlich Untersuchung :kopf, Hals, Thorax, Herz, und Lungen,
Abdomen Neurologische usw..... Epikrise und kurz Therapie bzw Emphelungen.
Dann kommt Herr Hering : Was haben Sie bis jetzt gemacht?
Ich war schon mit Anamnese Hebung und untersuchung fertigt . Dann Er wollte überblick von Pt kurz Vorstellung und Untersuchung. Was sind die komplikationen wann Fraktur nicht behandeld werden.
Dann tief Kompartment syndrom: Ätiologie, Klassifikation, Patho, Klinik, Therapie. Welche Muskulatur am Bein kann betroffen sein bei Fraktur , Ant muskulatur am Bein.. Was passiert wann betroffen? pDMS wie untersuchen?Wie tasten Sie Periphere Pulse ? Genau zeigen.
Post op Komplikationen bei Fraktur Versogerung, TVT kurz
Müdlische Teil:
Dr Rudolf Hering:
Was geben Sie bei starke Schmerzen ? Morphin .Wie und dosis? NW von morphin, NSAR NW Beispiele und Paracetamol Intoxikation. Pt stationär Blut im Stuhl ,Was machen Sie?
Endoskopie , Blut konsil, Hb bestimmen , Gerrinung, Erythrozyten geben wenn Hb low.
Flüssigkeit geben usw...
Dr Mathias Kühnel: DM definition, Typen , Therapie, Insulin und Oral alles tief komplikationen von DM .Übergewicht kind ursache ? Gewichtreduktion Operativ , HbA1c, Glukose werte nüchtern und OGTT.
Pneumonie Atypical und Typical erreger, Typen besonder viele fragen über CAP und HAP gestellt mit fall, Pseudomans Aregionsa macht welche Pneumonie, immunocompromisiert Pneumonie ursachen , Therapie von jeder erreger verchiedene Antibiotika.
Dann geht es um Nieren Insuff : causes prerenal, renal, postrenal, Stadium: Anurie,oligourei, polyurie ,Therapie, komplikationen (ehrhlich gesagt ganz thema)
Wie untersucht man GFR :24stunde urin sammalung, welche werte bestimmen bei NI.. Ich habe mit diese teil sehr spaß gehabt. ER wollte immer noch mehr fragen stellen
Prof Andermahr:
Pt mit SHT zeichen, vigilänz, komplikation, Bauchschmerzen DD, Morbus Crohn und Colitis ulzerosa mit therapie.
Glukocorticoiden NW , besonders knochen Osteoporose was noch: Avaskular necrose welche knochen: Femurkopf .
Welche in Hand(handknochen) : Os lunamtum dann arthrose und auch therapie von avaskular necrose.
Andere Kollegen: pVAK, Aufklärung pflicht, pt Verfügung, Herzinfarkt mit ekg und ganz thema, VHF ekg mit ganz thema, leisten hernia, Polytrauma, Reamination ganz tief, Pneumothorax, Akut koronar syndrom, TB, Heparin, Marcumar , Neu Antikoagulants
Andere fragen habe ich vergessen.



Gleichwertigkeitsprüfung, Warendorf/Münster, 01.03.2017:
Praktische Teil:
Prüfer: Herr Prof. Domagk
Pt mit Hyperglykämie Entgleisung- Anamnese heben, Klinische Untersuchung, Fragen- Herz Untersuchung, Gefäße Status.

Mündliche Teil von 14.00 - 18.30:
1. Herr Prof Kirchhefer:
Themen:
1. Thyreotoxische Krise:
Ursachen, Symptomatik, Therapie, mechanismus und wirkung bis alle rezeptoren von alle Medikament.
2. Asthma bronchiale:
Pathophysiologie, Therapie, alle Medikament klasse mit wirkung, Grund für kombinationstherapie mit ß2-sympathomimetika und Glucocorticoid, Komplikationen von Glucocorticoid.
3. Transplantationsgesetz: ausführlich mit Baujahr.
4. Transfusionsgesetz mit Baujahr

2. Dr. Roos:
Themen:
1. 80 jähriger Patient --> Hochgradige Aortenklappenstenose --> Therapie -->Minimal invasiv --> Warum minimal invasiv --> begründung --> Welche verfahren --> TAVI --> Wie macht man das --> komplett verfahren mit Gefäße antomie --> aber dann sagte er dass, nein nein Transfemoral nicht möglich --> was macht man dann --> habe ich gesagt vieleicht TTAVI (transapikal TAVI) war richtig. war zufrieden.
2. 75 Jähriger Patient --> # BWS --> ventral ohne beteiligung von Hinterkante --> therapie --> Konservativ --> war richtig aber dann sagte er dass, der Patient hat auch schwer gradidge Kyphose mit Dyspnoe --> dann muss man operieren --> welche art --> minimal invasive --> was- Kyphoplastie --> war vielleicht richtig, bin ich auch nicht sicher, aber dann hat er gefragt über komplette verfahren mit art von cement die benutzt man. konnte ich nicht antworten. aber war zufrieden.
3. funktion von Raster.
4. Deterministic und Stochastic Strahlenschäden --> in diese teil war er nicht zufrieden mit mir, ich wusste auch nicht so viel úber diese Thema --> aber hat ausführlich gefragt.
5. 10 Jahr alt Kind mit M. Crohn --> Welche Bildgebendeverfahren --> Abdomen Sonographie und MRT --> dann hat er gefragt welche typ von MRT --> MRT nach Sellink --> hat er gefragt wie macht man das --> habe ich antwortet nach gabe von 2,5% mannitol ?? --> hier war er nicht zufrieden, hat nein gesagt, aber ich wusste auch nicht mehr. Aber insgesamt war zufrieden.

3. Herr Prof. Domagk:
Themen:
1. DM - alles - Typ, komplikationen- makroangiopathie sowie mikroangiopathie, diabetische Neuropathie alles, silent infarkt bei diabetikern, was für symptom bei silent infarct --> atypische symptomen.
2. Akut koronar syndrome- ausführlich
Was ich macht man als Notarzt, und als Diensthabender Arzt im akutkrankenhaus.
Angina, STEMI, NSTEMI, Koronarangiographie.

Alle drei hilft sehr viele. Ich konnte nicht alle Fragen antworten, aber wichtig ist mindestens Ahnung zu haben.

Gleichwertigkeitsprüfung in Münster am 7.12.16
Prüfern: Boknik, Roos, Brand

1. Anamneseerhebung: Nur 2 Fragen konnte ich stellen: Name, warum sind Sie zu uns gekommen? Weil er Beinödem hatte.
Körperliche Untersuchung:
• Untersuchung des Herzens: Es gab ein Systolikum, ich konnte es nicht erkennen. Er hat die Antwort gegeben, eine Aortenklappenstenose und dann hat Fragen gestellt:
o Was hört man bei Aortenklappenstenose?
o Ursachen von Aortenklappenstenose
• Untersuchung der Lungen: Es war frei. Das war richtig.
o Was würden Sie bei einem Pleuraerguss finden?
• Untersuchung der Leber: Nur Palpation, es war falsch durchgeführt, weil der Patient nicht flach war!!!!
o Warum soll der Patient flach liegen?
o Warum untersucht man die Leber in Inspiration?
• Untersuchung der Beinödeme: Nur drucken pretibial. Es war richtig
o Wo soll man das untersuchen?
o Was soll man beachten? uni oder bilateral, Schwellung, warm oder kalt?
o Differential Diagnose von Beinödem:
 kardiale, renale Ursachen....
 Was für renale Ursachen gibt es? DM...
 Welche Arten von DM? Welche Unterschied gibt es zwischen DM1 und DM2 bezüglich der Nierenschäden?
 Welche ist der patophysiologische Erklärung für DM1 und DM2?
 Erstes Zeichen der DM: Microalbuminärie
 Klinische Zeichen von TVT. Die Namen und wie man sie untersucht.
Welches Krankheitsbild hatte der Patient? DM2 Hyperglykämische Entgleisung. Vorerkrankungen (Aortenklappenstenose)

2. Dokumentation
Wie viel Zeit hatten Sie zur Dokumentation? 25 Minuten. Es reicht.

Welche Fragen wurden zur Dokumentation gestellt? Ein sehr kleiner Bogen. Nur mit folgenden Stichwörter:
• Diagnose (Man musste hier die Grunderkrankung schreiben): DM2, Vorerkrankung (Aortenklappenstenose)
• Aktuelle Krankheit: Hyperglykämische Entgleisung (zum Ausschluss diabetische ketoazidose vs Hyperosmolar hyperglykämische Zustand
• Körperliche Untersuchung (man musste hier nur schreiben, was man untersuchen musste)
• Weitere Diagnostik und Therapie

3. Prüfungsgespräch
Welche Rückfragen wurden Ihnen zur Anamnese und den erhobenen Befunden gestellt?
• Sie haben mir nochmal nach der klinischen TVT Zeichen gefragt
• Was wäre die differential Diagnose, wenn das Bein kalt wäre.

Wurden Ihnen weitere Patientenunterlagen (z. B. EKG) zur Beurteilung vorgelegt? Wenn ja welche?
• Rö Thorax: Lungenembolie (Sie haben nach der Radiologische Zeichen der Lungenembolie gefragt)

• 24h Blutdruckmessung: non dipper
• EKG: Komplett Rechtsschenkelblock
• EKG: Kammerflimmer
Welche Fragen wurden Ihnen zum Procedere gestellt? Keine

Welche weiteren Fragen wurden Ihnen gestellt zum Thema

• Innere Medizin:
• 24h Blutdruckmessung: non dipper. Was würden Sie diagnostisch machen? Non dipper Patienten haben normalerweise eine sekundäre Hypertonie. Welche Ursachen für sekundäre Hypertonie kennen Sie? Nierenarterienstenose, DM, etc. Kennen Sie das Conn-Syndrom? Ja, primärer Hyperaldosteonismus. Kann das eine sekundäre Hypertonie auslösen? Ja. Wie kann man das diagnostizieren? Aldosteron, Renin bestimmen. Wie ist Kalium in diesem Syndrom? Hyperkaliämie. Welche andere Bestätigungstest gibt es? Kochsalzbelastungstest. Wie funktioniert es? Bei Conn-Syndrom senkt der Aldosteron spiegel nicht. Es bleibt entweder hoch oder normal. Wie würden Sie das behandeln? Spironolacton. Wie würden Sie anfangen (Dosis)? 25mg, einschleichen.

• Chirurgie:
• 60 J Patient mit rechten mittel-unter-Bauchschmerzen und einem pathologischen Urinsediment (Erys, Leukos) bekommt Antibiotika ohne Besserung. Die Schmerzen seien schlimmer gewesen, körperliche Untersuchung, schwer wegen Adipositas. Was machen Sie? Ich habe Sonografie geantwortet. Der Patient ist Adipositas und Sie können nicht richtig beurteilen. Ich mache eine CT. Was suchen Sie in einer CT? Ursachen für ein akutes Abdomen zum Beispiel Urolithiasis oder retrocecales Appendizitis. Wie gut ist die CT für ein retrocecales Appendizitis? Es ist der Gold Standard. Welche ist die Sensibilität von CT für Appendizitis? 95%.
• Ursachen für arteriellen Verschluss (Alle die mögliche Ursachen)

• Pharmakologie:
• 25 J Patient wurde am Hbf gefunden. RR 90/60, HF: 50, AF: 6. Bewusstsein: nicht reagierbar auf Schmerzen. Was würden Sie machen? ABCDE. Welche differential Diagnose haben Sie? Hypoglykämie, Herzrhythmusstörungen, Aneurysmaruptur, Lungenembolie. Was noch? Ich habe nach der Pupillenstatus gefragt. Ausgeprägte Miosis. Ich habe gefragt, ob der Patient Stechen Marken hatte: JA. Ursache: Intoxikation mit Heroin. Wie würden Sie das behandeln? Naloxon. Kennen Sie eine andere Möglichkeit? Naltroxon. Was ist Methadon? Für die langzeit Therapie von Drogenabusus.
• 23 J Patient hat Halluzinationen und ist aggressiv. Was vermuten Sie? Schizophrenie. Welche Medikamenten könnten gut für ihn sein? Neuroleptika. Welche Arten von Neuroleptika gibt es? Klassische und atypische. Welche ist der Unterschied? Klassische haben mehr Nebenwirkungen wie extrapyramidales Syndrom. Welche Arten von extrapyramidales Syndromen kennen Sie? Früh/Spätdyskinesie, malignes neuroleptisches Syndrom, etc. Wie behandeln Sie diese Syndromen? Bipiriden.

• Radiologie:
• Radiologisches pathognomonische Zeichen von Sarkoidosis (nicht die Einteilung).
• Differential Diagnose von Sarkoidosis im Rö Thorax

• Strahlenschutz:
• Welche sind die deterministische Schäden, die man einen Patienten erklären soll, wenn der Patient eine Koronarangiographie bekommen soll?
• Warum ist es besonders wichtig bei diesen Patienten darüber zu erklären? Für die

Koronarangiographie brauchen die Ärzte eine größe Areale zu strahlen um alle die Gefäße, zu untersuchen.

- In Welchen Situationen darf man die normale Bevölkerung röntgen? TB Kontakt (wo finden Sie dieses Gesetz?), bei Verdacht auf Drogen im GI Trakt (nur nach Erlaubnis des Gerichts) wo finden Sie dieses Gesetz?
- Rechtliche Fragen:
- Wie würden Sie das Alter von einem Patienten (für rechtliche Gründe) bestimmen? Rö Hand

- von anderen Prüflingen:
- Innere Medizin: Hypernatriämie (Ursachen und Behandlung), interstielle Nephritis wegen NSAR (Pathophysiologie, Behandlung), Mitralklappeninsuffizienz (Charakteristiken des Geräusches), Laborparameter von Cholestase, Definition und Parameter von SIRS, Unterschied zwischen SIRS und Sepsis.
- Pharmakologie: Protokollen für Anästhetika (Prämedikation, Medikation), Behandlung von fulminanten Lungenembolie (Fibrinolitika, Kontraindikationen, Wirkungsmechanismus), Antibiotika für Patientin mit Chemo + Fieber und Neutropenie (Mögliche Kombinationen gegen Pseudomona, Arten von Aminoglykosiden). ASS (Wirkungsmechanismus, Warum nur 100 mg?)
- Chirurgie: Wirbelsäulenfraktur (Patophysiologie: 3 Säule Theorie, wie behandelt man jeder. Was ist eine stabil und instabil Wirbelsäulenfraktur? Erklärung der Kyphoplastie), Bypass (Typen, Beschreibung des Verfahrens)
- Radiologie: Röntgen Thorax mit Lungenödem (2 Aufnahmen mit 3 Tagen Unterschied vom gleichen Patienten aber mit schnell und ausgeprägte Verbesserung) Erkennung von ZVK (wo soll es legen?), endotrachealer Tubus. Röntgen mit Tracheaperforation von Endotracheales Tubus)
- Strahlenschutz: Gruppen von Mitarbeiter in Strahlenschutz (A: mehr als 20mSV - jährliche Untersuchung, B: mehr als 6mSV). Gibt es eine maximale Grenze von Bestrahlung für Patienten (Nein).
- Rechtliche Fragen: Rechte von den Patienten, Patientenverfügung, Patientenversorgung.



Kenntnissprüfung - Düsseldorf
الحمدلله اليوم قدمت امتحان التعديل و نجحت فيه ..
Prüfungsort :MNR Klinik -Düsseldorf uni
Die Prüfer: Hr.Prof. Germing (Hämatologie und Onkologie)
Hr.Prof. Hohlfeld (Pharmakologie)
Fr.dr.Lehwald (visc.Chirurgie)
Im Übrings gab 4 Personen von Gesundheitsministrium .Sie haben uns von Anfang bis Ende begleitet . (Das war richtig stressig)
Klinische Teil :
Ich habe eine Patientin mit Lymphoma Burkitt . Ich habe die Anamnese erhoben und die körperliche Untersuchung gemacht .
Hr.Prof.Germing war bei mir die ganze Zeit (mit der 4) und er hat mir während körperlichen Untersuchung viel gefragt (therapie und Staging und Nebenwirkungen von Chemotherapie)

Mündliche Teil:
Chirurgie : Cholezystitis (Symptome , Ätiologie , sonographische Zeichen , O.P mit genauer Technik Schritten)
Dann Anatomie der Gallengänge !
Anatomie des Colons und einen (Rö-Abd) mit Colo-Ca
Diagnose , Maßnahmen , Therapie und die ganze Technik .
Laborbefunde lesen und Diagnose sagen (es war Cholestase und Niereninsuffizienz)

Und viele andere Fragen . Leider kann ich nicht errinern .

INNERE:
Essetienlle idiopatische Purpura
Thrombozytopenie mit DD und weitere Diagnose Maßnahmen .
Pantozytopenie und wie gehen wir weiter.
10 DD für diffuse abd. Schmerzen (aber kein akut Abdomen!)
Jede Diagnose mit sichere Diagnose Maßnahme nennen.
Und viel andere Fragen..

Pharma (war für mich die schwiergste)
Kinder Medikamente und was für Besonderheiten
Gyras Antibiotika (pharmakonitek ,NW , KI)
Nennen Medikamente ,die epileptische Anfälle auslösen können .
Wenn ich (thyophillin) gesagt habe .
Er hat mich alles über thyophillin gefragt und wie kann es epileptische Anfall auslösen .
Hepatotoxische Medikamente . Wenn ich Paracetamol gesagt habe , hat er über die genauer Toxikation Mechanism gefragt .
Dann kontraindiezierte Medikamente bei Schwangerschaft.
Und Beispiele über Plazentagängige Medikamente .
Orale antidiabetike Medikamente (nur Namen mit Beispiele)
Diabetes Behandlung bei Schwangerschaft
Heparine
Er hat mir einen Rezept gezeigt .
Was ist und wie schreiben .
Das war Btm Rezept . Und dann er hat mich gefragt genau zu beschreiben , wie kann ich schreiben . Wie viel wie lange und und ...
Was bedeutet Patientsverfügung.
Und paar andere Sachen !

Ingesamt sind die Prüfer nett , aber die Atmosphàre war stressig , besonder bei 7 Leute (4 von Gesundheitsministrium und 3 Prüfer) .
Man muss gut vorbereiten



#Kenntnisprüfung MNR-Klinik #Düsseldorf 15.09.2016
Kommission: Dr. Haas (Hämatologie), Dr. Hohlfeld (Pharmakologie) u. Fr. Dr. Lehwald (Viszeralchirurgie) (Die letzte prüft seit einiger Zeit anstelle von Hr. Dr. Schulte am Esch, deshalb nicht wundern wenn in der Einladung Schulte am Esch steht!!)
Als ich die Einladung gekriegt hab, hab ich direkt dem jeweiligen Prüfer eine Email geschickt; mich kurz vorgestellt, u. Nachgefragt ob es spezielle Themen gibt, mit denen ich mich tiefer auseinandersetzen sollte!! Das Ergebnis der Mails war, dass die Fr. Dr. Lehwald nur die Viszeral- , Thorax- und Allgemeinchirurgie prüft. Das hat mich allerdings sehr sehr erleichtert!
Am Prüfungstag waren wir 2 Kandidaten (einer ist nicht gekommen). Meine Patientin war wegen schmerzlosen vergrößerten Lymphknoten submandiblär li. zur weiteren Abklärung in der Klinik (V. a. Lymphom). Der andere Prüfling hatte einen Pat. mit Knochenmetastasen.
Nicht erschrecken!! Die Diagnose war nicht so wichtig wie die Anamneseerhebung bzw. die klinische Untersuchung!! Dr. Haas war allerdings auch dabei als ich mit der Pat. angefangen habe. Anschließend wollte er dass ich das Herz, die Lunge u. den Abdomen untersuche (genauso wie in Amboss). Zwischendurch stellte er auch noch schöne Fragen (z.B. warum wenn ich das Herz auskultiere taste ich gleichzeitig den Puls ab? Oder warum bei der Kratzauskultation der Leber ist bei Übergang zum Lebergewebe ein deutlicher Lautstärkesprung zu hören?)
Danach hatten wir ca. 45Min. um den Anamnesebogen auszufüllen (Zweck ist es, ob du auf Deutsch gut fachsprachlich äußern kannst!!)
Es gab ca. eine Std. Pause, danach fing der mündliche Teil an. Ich muss ehrlich sagen all die 3 Prüfer waren sehr nett und kooperativ (z.B. wenn einer von denen merkt dass du nicht antworten kannst oder mit der Antwort nicht weitergehst, dann wechselt er das Thema). Also es ist nicht schlimm wenn du manchmal nicht weißt *_^
Innere: Ein 70-jähriger Pat. mit Fieber, Husten und Hämoptoese >>> DD Pneumonie, Bronchial-Ca., Tuberkulose >>> Untersuchung ; Auskultationsbefund der Lunge >>> Diagnostik; Labor, Sputumkultur, Bildgebung, ggf. Bronchoskopie mit Biopsieentnahme >>> Einleitung Pneumonien, häufigste Erreger >>> Wie kommt es zu Hämoptoese bei Tuberkulose?? (was ich gesagt habe ist dass wir hier verkäsende Granulome haben.. das war die Hälfte der Antwort.. also in der Mitte dieser Granulome gibt Nekrose und von daher kommt das Blut mit dem Husten.. das wollte er hören).
--- Der andere Prüfling wurde über Angina pectoris und Myokardinfarkt sowie über hypertrophische Kardiomyopathie gefragt..
Übrigens, Dr. Haas ist wichtig zu wissen, ob man die Physiologie bzw. die Ätiopathogenese verstanden hat!!!!! Nach Therapien fragt er nicht viel !!!!
Chirurgie: 1- DD rechtsseitigen Unterbauchschmerzen bei einer jungen Frau.
2- DD des akuten Abdomens.. Vorgehen (Anamnese, körperliche Untersuchung und Diagnostik).. Dann hat sie mir ein Röntgenbild gezeigt >>> Was sehen Sie auf dem Bild? >>> Typische Spiegel aus Luft u. Flüssigkeit >>> Ileus >> >> Klinische Abgrenzung zwisch. Mechanischem u. paralytischem Ileus (auskultatorisch!) >>> Was könnte die Ursache des mechan. Ileus sein? Danach hat sie mir ein CT-bild gezeigt >>> Was sehen Sie da? >>> Spiegelzeichen mit inkarzinierter Leistenhernie als Auslöser des Ileus.. >>> Wie entsteht eine Leistenhernie? (dirkte und indirekte) >>> Therapie für diesen Pat. (sie wollte mehr über die Op-Verfahren von Leistenbrüchen hören, aber mehr als die Netzimplantation kannte ich nicht!!)
3- Ein Fußballspieler hat plötzlich Dyspnoe, Was machen Sie mit ihm? Ich hab ein paar Fragen gestellt (ob er schlank bzw. Raucher ist, Vorerkrankungen, Medikation) >>> V. a. Pneumothorax >>> Lungen abhören >>> abgeschwächte oder fehlende Atemgeräusche auf der betroffenen Seite.. evtl. gestaute Halsvene.
>>> Wie gehen Sie weiter vor? >>> Sofortige Entlastung durch Punktion 2. ICR in der Medioklavikularlinie... (das war allerdings nicht genügend, sie wollte auch hören dass im KH eine Drainage in 5. bis 6. ICR in der mittleren bis hinteren Axillarlinie angelegt werden muss, und mit einem Vakuum anschließen..)
---Der andere Prüfling wurde über Ikterus (DD, Vorgehen), Cholezystitis (z.B. Murphy-Zeichen, Sono-befund; 3-schichtige Gallenblasenwand,...), Pankreaskarzinom (+ Whipple Op) gefragt..
Pharmakologie: - Was ist Novalgin u. welche Nebenwirkungen kennen Sie?

- Medikamentöse behandlung von Osteoporose, dann von hypertensivem Notfall. Dann hat er mir einen Medikamentenplan von einem 83-jährigen, im Moment bradykarden Pat. gegeben, und wollte überprüfen welche Medikamente ich kenne bzw. welche die Bradykardie verursacht haben (insgesamt sollte man die jeweiligen Medikamente etwas gut kennen; z.B. die Gruppe, Indikationen, Kontraindikationen, Nebenwirkungen und z. T. Wechselwirkungen bzw. Elimination).
Rechtsmedizin: Der Dr. Hohlfeld hat gefordert, ein privates Rezept zu schreiben und fertig! (z.B. er hat uns ein Zettelchen gegeben und Name eines Medikaments mit Dosis und Dauer der Anwendung genannt, dann sollten wir die folgenden Angaben berücksichtigen: Name irgendwelchen Pat., die verschriebene Menge(N1, N2 oder N3; für Näheres siehe Google!), Dosierungsanweisung (z.B. 3x tgl.), Name, Adresse, Telefonnummer, Berufsbezeichnunhg und die Unterschrift des verschreibenden Arztes sowie Datum der Ausstellung).
Strahlenschutz: Nur eine einzige simple Frage wurde gestellt: Welche Maßnahmen sind wichtig für beruflich strahlenexponierte Personen? >>>Bleischürze + Abstand halten (dann war sie zufrieden)
Notfallmedizin: Eine ältere Dame hat plötzlich sehr starke Schmerzen mit Parästhesien und Blässe im re. Arm und kann den Arm kaum bewegen >>> Ich fragte zuerst nach Vorerkrankungen bzw. Vormedikation sowie Pulsstatus >>> V. a. Akuten peripheren Arterienverschluss in der A. brachialis re. (als Ursache Thrombose oder Embolie) >>> Therapie Vollheparinisierung mit Analgesie.. dann hat er ergänzend: und ins KH zu den Gefäßchirurgen zur operativen Rekanalisation schicken..
--- Der Fall des anderen Prüflings war diabetische Ketoazidose..
Nach der Prüfung mussten wir 5 Min. draußen warten, dann wurden wir gerufen und das Ergebnis mitgeteilt..
Übrigens das war das 2. Mal das ich an der Prüfung teilgenommen habe. Das 1. Mal war in Warendorf, und es war katastrophal; einerseits hatte ich mich nicht gut vorbereitet, andererseits war die Prüfungskommission streng und heftig!!!
Lehrbücher: AllEx bzw. die 50 wichtigsten Fälle Innere und last minute Pharmakologie. Unten hab ich auch noch die Staatsexamenprotokolle von Uni-Düsseldorf als Link hinzugefügt (da auch könnt ihr die Protokolle von Haas und Hohlfeld lesen)

#Kenntnisprüfung MNR-Klinik #Düsseldorf 15.09.2016
Kommission: Dr. Haas (Hämatologie), Dr. Hohlfeld (Pharmakologie) u. Fr. Dr. Lehwald (Viszeralchirurgie) (Die letzte prüft seit einiger Zeit anstelle von Hr. Dr. Schulte am Esch, deshalb nicht wundern wenn in der Einladung Schulte am Esch steht!!)
Als ich die Einladung gekriegt hab, hab ich direkt dem jeweiligen Prüfer eine Email geschickt; mich kurz vorgestellt, u. Nachgefragt ob es spezielle Themen gibt, mit denen ich mich tiefer auseinandersetzen sollte!! Das Ergebnis der Mails war, dass die Fr. Dr. Lehwald nur die Viszeral- , Thorax- und Allgemeinchirurgie prüft. Das hat mich allerdings sehr sehr erleichtert!
Am Prüfungstag waren wir 2 Kandidaten (einer ist nicht gekommen). Meine Patientin war wegen schmerzlosen vergrößerten Lymphknoten submandiblär li. zur weiteren Abklärung in der Klinik (V. a. Lymphom). Der andere Prüfling hatte einen Pat. mit Knochenmetastasen.
Nicht erschrecken!! Die Diagnose war nicht so wichtig wie die Anamneseerhebung bzw. die klinische Untersuchung!! Dr. Haas war allerdings auch dabei als ich mit der Pat. angefangen habe. Anschließend wollte er dass ich das Herz, die Lunge u. den Abdomen untersuche (genauso wie in Amboss). Zwischendurch stellte er auch noch schöne Fragen (z.B. warum wenn ich das Herz auskultiere taste ich gleichzeitig den Puls ab? Oder warum bei der Kratzauskultation der Leber ist bei Übergang zum Lebergewebe ein deutlicher Lautstärkesprung zu hören?)
Danach hatten wir ca. 45Min. um den Anamnesebogen auszufüllen (Zweck ist es, ob du auf Deutsch gut fachsprachlich äußern kannst!!)
Es gab ca. eine Std. Pause, danach fing der mündliche Teil an. Ich muss ehrlich sagen all die 3 Prüfer waren sehr nett und kooperativ (z.B. wenn einer von denen merkt dass du nicht antworten kannst oder mit der Antwort nicht weitergehst, dann wechselt er das Thema). Also es ist nicht schlimm wenn du manchmal nicht weißt *_^
Innere: Ein 70-jähriger Pat. mit Fieber, Husten und Hämoptoese >>> DD Pneumonie, Bronchial-Ca., Tuberkulose >>> Untersuchung ; Auskultationsbefund der Lunge >>> Diagnostik; Labor, Sputumkultur, Bildgebung, ggf. Bronchoskopie mit Biopsieentnahme >>> Einleitung Pneumonien, häufigste Erreger >>> Wie kommt es zu Hämoptoese bei Tuberkulose?? (was ich gesagt habe ist dass wir hier verkäsende Granulome haben.. das war die Hälfte der Antwort.. also in der Mitte dieser Granulome gibt Nekrose und von daher kommt das Blut mit dem Husten.. das wollte er hören).
--- Der andere Prüfling wurde über Angina pectoris und Myokardinfarkt sowie über hypertrophische Kardiomyopathie gefragt..
Übrigens, Dr. Haas ist wichtig zu wissen, ob man die Physiologie bzw. die Ätiopathogenese verstanden hat!!!!! Nach Therapien fragt er nicht viel !!!!
Chirurgie: 1- DD rechtsseitigen Unterbauchschmerzen bei einer jungen Frau.
2- DD des akuten Abdomens.. Vorgehen (Anamnese, körperliche Untersuchung und Diagnostik).. Dann hat sie mir ein Röntgenbild gezeigt >>> Was sehen Sie auf dem Bild? >>> Typische Spiegel aus Luft u. Flüssigkeit >>> Ileus >> >> Klinische Abgrenzung zwisch. Mechanischem u. paralytischem Ileus (auskultatorisch!) >>> Was könnte die Ursache des mechan. Ileus sein? Danach hat sie mir ein CT-bild gezeigt >>> Was sehen Sie da? >>> Spiegelzeichen mit inkarzinierter Leistenhernie als Auslöser des Ileus.. >>> Wie entsteht eine Leistenhernie? (dirkte und indirekte) >>> Therapie für diesen Pat. (sie wollte mehr über die Op-Verfahren von Leistenbrüchen hören, aber mehr als die Netzimplantation kannte ich nicht!!)
3- Ein Fußballspieler hat plötzlich Dyspnoe, Was machen Sie mit ihm? Ich hab ein paar Fragen gestellt (ob er schlank bzw. Raucher ist, Vorerkrankungen, Medikation) >>> V. a. Pneumothorax >>> Lungen abhören >>> abgeschwächte oder fehlende Atemgeräusche auf der betroffenen Seite.. evtl. gestaute Halsvene.
>>> Wie gehen Sie weiter vor? >>> Sofortige Entlastung durch Punktion 2. ICR in der Medioklavikularlinie... (das war allerdings nicht genügend, sie wollte auch hören dass im KH eine Drainage in 5. bis 6. ICR in der mittleren bis hinteren Axillarlinie angelegt werden muss, und mit einem Vakuum anschließen..)

---Der andere Prüfling wurde über Ikterus (DD, Vorgehen), Cholezystitis (z.B. Murphy-Zeichen, Sono-befund; 3-schichtige Gallenblasenwand,...), Pankreaskarzinom (+ Whipple Op) gefragt..
Pharmakologie: - Was ist Novalgin u. welche Nebenwirkungen kennen Sie?
- Medikamentöse behandlung von Osteoporose, dann von hypertensivem Notfall. Dann hat er mir einen Medikamentenplan von einem 83-jährigen, im Moment bradykarden Pat. gegeben, und wollte überprüfen welche Medikamente ich kenne bzw. welche die Bradykardie verursacht haben (insgesamt sollte man die jeweiligen Medikamente etwas gut kennen; z.B. die Gruppe, Indikationen, Kontraindikationen, Nebenwirkungen und z. T. Wechselwirkungen bzw. Elimination).
Rechtsmedizin: Der Dr. Hohlfeld hat gefordert, ein privates Rezept zu schreiben und fertig! (z.B. er hat uns ein Zettelchen gegeben und Name eines Medikaments mit Dosis und Dauer der Anwendung genannt, dann sollten wir die folgenden Angaben berücksichtigen: Name irgendwelchen Pat., die verschriebene Menge(N1, N2 oder N3; für Näheres siehe Google!), Dosierungsanweisung (z.B. 3x tgl.), Name, Adresse, Telefonnummer, Berufsbezeichnunhg und die Unterschrift des verschreibenden Arztes sowie Datum der Ausstellung).
Strahlenschutz: Nur eine einzige simple Frage wurde gestellt: Welche Maßnahmen sind wichtig für beruflich strahlenexponierte Personen? >>>Bleischürze + Abstand halten (dann war sie zufrieden)
Notfallmedizin: Eine ältere Dame hat plötzlich sehr starke Schmerzen mit Parästhesien und Blässe im re. Arm und kann den Arm kaum bewegen >>> Ich fragte zuerst nach Vorerkrankungen bzw. Vormedikation sowie Pulsstatus >>> V. a. Akuten peripheren Arterienverschluss in der A. brachialis re. (als Ursache Thrombose oder Embolie) >>> Therapie Vollheparinisierung mit Analgesie.. dann hat er ergänzend: und ins KH zu den Gefäßchirurgen zur operativen Rekanalisation schicken..
--- Der Fall des anderen Prüflings war diabetische Ketoazidose..

enntnisprüfung, Bonn, Juni 2016
Prüfungskommission: Dr. V. Janzen (Innere Medizin), Dr. med. M. Windemuth (Unfallchirurgie), Prof. Dr. H. Strunk (Radiologie)
Prüfungsdauer: 10:00-15:00 (ohne Pause)
Wir waren zu dritt und alle haben bestanden
Klinische Prüfung: Anamnese erheben (kurz notieren) und komplette körperliche Untersuchung des Patienten (ca. 30 Min). Der Prüfer (Dr. Janzen) war dabei und hat beobachtet. Ich habe kurz kommentiert, was ich mache und welche Auffälligkeiten der Patient hat. Mein Patient hatte CLL und er ist wegen Fieber, Schüttelfrost, Abgeschlagenheit und Müdigkeit in die Klinik gekommen. Nach der körperlichen Untersuchung musste ich nach Befunden fragen, die mich interessieren (BB, diff. BB, Blutausstrich, Blutkultur, Rö-Thorax, CT-Thorax usw.), um die Diagnose zu stellen.
Als ich die Befunde hatte, musste ich eine Epikrise schreiben (ca. 30 Min).
Mündlicher Prüfungsteil: Am Anfang mussten wir kurz unsere Patienten vorstellen.
Fragen:
Prof. Dr. H. Strunk (Radiologie)
- Lymphknotenstationen am Hals. LK-Vergrößerung am Hals: DD? (Infekt (Tbc, Viral), Tumor, Metastase, Sarkoidose). Woher kommen am häufigsten Mts am Hals vor? (Larynx, Schilddrüse, Pancoast-Tumor (seltener)). Weitere Vorgehen bei der LK-Vergrößerung? (Anamnese, körperliche Untersuchung (Dolenz, Verschieblichkeit, Konsistenz, Größe), bildgebende Verfahren: Sonographie (Zeichen von malignen und entzündlichen LK), CT). Wie macht man CT? (Mit KM). Welches KM und alles über KM (NW), Aufklärung: Was sagen Sie dem Patienten?
- Wenn der Patient anaphylaktische Reaktionen in der Anamnese hat, was machen Sie? (MRT, KM ist Gadolinium, weniger NW).
- Fallbeispiel: Ihrem Patienten geht es schlecht, er kann kaum stehen, aber er muss geröntgt werden und braucht Ihre Unterstützung. Was machen Sie? Dürfen Sie mit rein zur Röntgenuntersuchung?
(Ja, mit Bleischutz)
- Welche 4 Faktoren schwächen die Röntgenstrahlung? (Der 3. Potenz der Ordnungszahl der Elemente des Gewebes, Energie der Röntgenstrahlen, der Dicke des Stoffes, der Dichte des Stoffes). Weitere Strahlenschutzmaßnahmen? (Quadrat-Abstand Gesetzt, Abschirmung aus Blei, Aufenthaltsdauer). Warum benutzt man Blei? (Der 3. Potenz der Ordnungszahl der Elemente).
Dr. V. Janzen (Innere Medizin)
- Fallbeispiel: Patient mit Fieber und Schüttelfrost, was sind die häufigste Ursachen? (Atemwegeinfekt und Harnweginfekt). Welche Ursachen noch? (Im Thorax: Endokarditis, Pneumonie, Bronchitis, Pleuritis/Pleuraempyem; Im Abdomen: Cholangitis, Pankreatitis, Pyelonephritis usw.). Welche Geräusche in den Lungen kennen Sie? (Rasselgeräusche, Giemen, Brummen, Pleurareiben). Wann hört man Rasselgeräusche? (Pneumonie, Lungenödem. Was machen Sie mit solchem Patienten? (Anamnese: Der Patient hat Luftnot, aber keine Schmerzen; Körperliche Untersuchung: Rasselgeräusche und Systolikum; Labor: Blutkultur(!); TEE: Endokardbeteiligung; Diagnose: V.a. Endokarditis). Wie diagnostiziert man eine Endokarditis (Duke-Kriterien) und Therapie? Warten Sie auf die Ergebnisse der Blutkultur oder behandeln Sie sofort? (Sofort, nicht auf die Blutkultur warten). Sie kommen zum Patienten am nächsten Tag, es geht ihm deutlich schlechter – Atemnot und ausgeprägte Rasselgeräusche, Fieber ist rückläufig gewesen. Was ist das? (Lungenödem bei akuter Herzinsuffizienz, die Klappen sind kaputt). Wie behandelt man kaputte Herzklappen? (OP: Klappenrekonstruktion, Klappenersatz (biologische und mechanische Klappen erklären, Vorteile und Nachteile, Marcumar)).
- BTM-Rezepte. Darf jeder Arzt verschreiben? (Nein, nur der Arzt, der bei Bundesopiumstelle registriert ist). Wie lange gilt das Rezept? (8 Tage). Wie lange muss man es aufbewahren? (3 Jahre). Wo sind diese Rezepte aufzubewahren? (Im Safe).

Dr. med. M. Windemuth (Unfallchirurgie)
* In der Ladung stand, dass als Prüfer PD Dr. Dr. Jörg Pollok kommen solltet. Laut den Protokollen, fragt er meistens nach Allgemeinchirurgie und kaum nach Unfallchirurgie. Wir wurden 15 Min. vor der Prüfung informiert, dass ein anderer Prüfer kommt - Dr. med. M. Windemuth – er ist Unfallchirurg und fragte viel nach Unfallchirurgie. Ein kleiner Tipp: Nicht nur Protokolle lernen, sondern die wichtigsten Themen in allen Bereichen abdecken.
- Pathophysiologie der Appendizitis? (Kotstein -> Druck -> Ischämie -> Entzündung)
- Was ist Polytrauma?
- Was muss man vor der Rö-Untersuchung fragen? (Schwangerschaft).
- Was ist FAST-Sonographie? (Bei Trauma – suchen nach Organverletzung und freie Flüssigkeit (Koller-Raum, Morison-Raum, Douglas-Raum)).
- Welche Fraktur ist die häufigste Fraktur des Menschen? (Distale Radiusfraktur – Colles). Der Prüfer hat ein Rö-Bild gezeigt (Distale Radiusfraktur): Wie sieht man, ob die Fraktur innerhalb des Gelenkkapsel ist? (Im CT kann man besser sehen). Behandlung von Colles-Fraktur (konservativ und operativ). Indikationen für die operative Behandlung? (Trümmerfrakturen, offene Frakturen, pDMS-Störungen, Gelenkbeteiligung). Welche Bewegungen soll man nach der OP nicht tun? (Abstützbewegung).

Dr. M. Windemuth hat viele Rö- und CT-Bilder gezeigt und fragte nach Pathologie auf dem Bild.

Praktische Teil: von 10:00 – 12:00
Prüfer: Frau Dr. Domikowsky, Stellvertreter von Prof. Domagk
Patient mit Akuten Verschluss von Femoro-Femorale Bypass - Anamnese, Klinische Untersuchung, Fragen: Lunge Untersuchung. Man bekommt hier eine Anamnese-bogen und eine leere Blatt, wo man eine Epikrise, Diagnose und Erforderliche Maßnahmen schreiben soll. Zeit reich und die Atmosphäre ist entspannt.

Mündlichen Teil von 14.00 - 18.30:
Jeder kriegt ein EKG und sollte im Verlauf von der Prüfung beurteilen: HF, Lagetyp, Q/R Zacken, ST Hebung, und Diagnose. Bei uns war: Schrittmacher, Vorderwandinfarkt und AV Block. Alle eindeutig

1. Dr. Boknik (Prof Kirchhefer war als Vorsitzender vorgesehen, aber er war nicht da und Dr. Boknik hat die Prüfung für ihm gemacht)
Themen: Bei allen Themen beginnt er mit der klassische Symptomatik und dann fragte er was denken Sie der Patient hat. Aber keine Angst, die Symptomatik ist Typisch.
1. Gicht
Ursachen, Pathophysiologie, Therapie Akuten Gicht Anfall und Erhaltungstherapie, Wirkungsmechanismus und NW von Allopurinol, Probenecid und Colchicin. Er hat auch gefragt welche Medikamente gibt man bei der Tumorlyse-Syndrom: Rasburicase.
2. Asthma bronchiale:
Pathophysiologie, Therapie, alle Medikament klasse mit Wirkung, Grund für Kombinationstherapie mit ß2-Sympathomimetikum und Glucocorticoid: Up Regulation von ß Rezeptoren.
3. Reumathoide Artritis: DMARD

2. Dr. Roos:
Wichtig bei Dr. Roos ist, dass man nicht direkt antwortet was in die Protokollen steht, nimmt eure Zeit. Wenn man die Protokolle studiert, will sofort über das Thema reden, welche in der Protokoll steht, aber man vergisst wichtige Sachen. Zum Beispiel: Wenn Dr. Roos ein Paar Daten über ein Patient gibt (Alter und Symptome), und fragt: Was wurden Sie machen? Nicht sofort CT oder OP antworten, man muss zuerst über die Anamnese , körperliche Untersuchung, usw., fragen.
Wenn Dr. Roos merkt, dass man eine Idee hat, hilft er gerne weiter.

Themen:
1. Patient mit starke Kopfschmerzen und Meningismus: Was wurden Sie mit diesen Patienten machen? NICHT ANTWORTEN SOFORT CT, man musst zuerst eine Anamnese machen, körperliche Untersuchung, DD: Meningoencephalitis vs Subarachnoidale Blutung und dann erforderliche Maßnahmen empfehlen. Aneurisma als Ursache von Subarachnoidale Blutung: Ausführlich
2. Akute Abdomen: Ausführlich.
3. pAVK und Aorten Aneurismen.
4. Deterministisch und Stochastisch Strahlenschäden
5. Was ist Äquivalent Dosis und Effektive Dosis.
6. Warum im CT bestrahlt man mehr als in Rö
7. Unterschied zwischen Crohn und Colitis Ulcerosa
8. Rechtsmedizin: Wann kann man die Normale Bevölkerung Bestrahlen: Drogen im Flughafen (aber muss der Richter es anordnen und wenn man zum Beispiel Verdacht auf TBC hat).
9. Wo findet man die Gesetze: Bürgerrechtsgesetz Buch, eine andere wichtige Buch: Strafgesetzbuch

3. Frau Dr. Domikowsky (Wie gesagt, Prof Domagk war nicht da):
Themen: Sie ist nett, aber manchmal schlagt Sie etwas falsch mit Absicht vor, damit man sagt, nein das wurde ich nicht machen.
1. Ikterus, alle Ursachen: Prehepatisch, Hepatisch und Posthepatisch. Von hier ist das Thema zu Leberzirrhose gegangen: Ursachen, Typische klinische Zeichen, Therapie.
2. Akut Koronar Syndrome: Ausführlich. Instabile Angina, STEMI, NSTEMI, Koronarangiographie, Behandlung.
3. Herz Insuffizienz: Ausführlich
Für diese 3 Themen empfehle ich Amboss Lernkarten. Es reicht.

Atmosphäre:
Alle drei helfen, wenn die merken, dass man sich vorbereitet hat.

Vorbereitung:
Innere Medizin: Amboss Lernkarten online für die Wichtigste Themen. Innere Medizin in Fragen und Antwort habe ich auch studiert. Dieses Buch macht eine Wiederholung von den ganzen wichtigsten Medizin Aspekten, gute Möglichkeit für Backup. Für Zweifel Fragen Herold ist gut, aber nur pünktlich.
Chirurgie: 50 wichtigste Fälle Chirurgie (Sehr gutes Buch, einfach zu lesen). Für einige Fragen, besonders für die Frakturen (nicht alle wichtige sind in 50 wichtigste Fälle Chirurgie drin) empfehle ich Müller.
Pharmakologie: Last Minute Pharmakologie ist perfekt. Genug für die Prüfung
Rechtsmedizin und Strahlenschutz: Protokollen und Internet.
PROTOKOLLEN: Aber Achtung: Protokollen immer überprüfen, es gibt manchmal Fehler: Beispiel: Conn Syndrome macht Hypokalemie, nicht Hyperkalemie.
EKG: Amboss Lernkarte für EKG. Auch üben mit einigen EKGs mit Häufigsten Pathologien (STEMI, VHF. Kammerflimmern, AV Block, Schrittmacher, usw.)



Klinischr Teil:
Jeder Prüfling muss unter Aufschit Anamnese und Untrsuchung durchführen. jeder Prufling wurde 30 Minuten gegeben für die Anamnese und die Unersuchung. Ich konnte nur kurze Anamnese erheben, weil der Prüfer (Pr.dr Andermahr) mich unterbrochen und Fragen gestellt hatte .

Meine Patientin:
56 jaerige Patientin wurde vor 4 Tagen wegen Sturz auf das linke knie aufgenomen . Sie klagte über Schmerzen,Schwellung und Bewegungseinschränkung.
Roentgen war unaufaellig und MRT zeigte Kreuzbandriss.
Sie wurde mit Analgesie und Knieschiene behandelt.
In der vorgeschichte hatte sie ueber eine Thyreoidektomie (wegen klaten Knoeten) berichtet. sie nimmt Levothyroxin 100 mg taeglich ein.
F: wie Koennen Sie Levothyroxin Ueberdosierung aussschließen?
A: Syptome von hyperthyrose erwaehnt. Puls gemessen (70 BPM).

F:wodurch konnte einseitiger niedriger Puls hervorgerofen werden?
A: Gefäßstenose wie beim Subclavian steal Syndrom.

F: Die Patientin liegt im bett. Worauf muss man achten?
A: TVT (ganzes Thema).

F: bei TVT.wann ist die Mobilisation nicht empfohlen?
A: Thrombose in venen Femoralis oder hoeher (Er hatte gesagt..ich hatte was anders gedacht).

Epikirse aufgeschrieben und direkt zum muedlichen Teil.

PD. Dr Hering
F:Nach Oberschenkelfraktur Nagelung wurde durchgefuehrt. Es hatte danach akute Dyspnoe sich entwickelt. Was vermuten Sie?
A:Fettembolie.

F:Warum?
A:Fett aus Knochenmark ins periphere Blut ausschwemmet>>>etc.

Roentgen Thorax gezeigt :
Bild beschreiben >>>>> die Auffaeligkeiten: Multible fleckige verschattungen bei den beiden Lungen....der Befund spricht fuer ARDS.
F: Was sind die andere Kriterien Fuer ARDS?
A: Klinisch: Dyspnoe. Ausklutation (kann auch normal Sein). Horovitz quotient weniger als 300. (korrigiert: bei acut lung injury weniger als 300 bei ARDS weniger als 200).
F: bei verdacht auf ARDS was muessen Sie aussschliesen?
A: Akute Dekompensation einr HI.

F:Wie behandlen Sie ARDS?
A:Intubation>>Beatmung kleinen Volumen und PEEP>>Steroide etc.

F:Was bedutet PEEP und warum so Beatmen?
Postive end expiratory pressure.... weitere schaedigung durch Beatmung zu vermeiden ..baby lung principle..etc

F:BLS und ALS (von A to Z):
Was man nicht vegessen soll:
- Karotis abtasten nicht mehr als 10 S.
-Bett muss flach und hart sein.
- Mittel Sternum.
- 5 cm teif.
-100 drucken pro Minute.
-2mal Beatumen nach 30mal drucken.
-Adrenalin 1mg.
-Amiodaron 350 mg.
-200 Jole biphasic or 360 monophasic.

F: Anaphylaktischer Schock (Pathopysiologie und behandlung).

Dr Wirtz :
F: EKG gezeigt?
A: torsade de points

F: auf Deutsch?
A: weiss ich nicht.

F: wie wurde diese Arrhythmie hervorgerufen?
A:QT strecke Verlangerung.

F: wodurch?
A:Medikamente: Antidepresive Makrolid Antibiotika.

F:Behandlund?
A: Defebrilation.
Noch EKGs gezeigt: (komplett AV block. Verhofflimmern).

F:Verhofflimmern (von A bis Z einschliesend CHADSv und Phamakolgie von Antiarrythmika und Antikoagulanzin).

F: Welches NOAK hat Antidot?
A: Dabigatran

F:Strahlenbelstung aus:
CT Abdomen = 8 mSv
Rontgenthorax=0.1 mSv
Herzkatherunterzuchung= ????

F: Bestrahlung Nebenwirkung?
F: Natuerliche Strahlungsbelastung? Und wo ist sie hoeher auf einem Berg oder tife in der Erde?
Hoch ist die Belastung aus kosmischen Strahlen hoeher. Tief ist die Belastung aus Radon hoeher.
F: welche Organe sind besonders sensibel fuer Strahlen?
A: Gonaden, SD, Lensen (er wolte die letzte genau hoeren).

Pr.dr Andermahr :
F:Roentgenbild gezeigt:
A: Hueftgelenk, rechte Seite, kein Gelenkspalt erkennbar und der kopf und das Azetabulum sind

ueberlagert.

F:CT gezeigt:
Femurkopf Fraktur.
F: Wie gehen Sie weiter?
A: Einteilung nach Pipkin

F:welcher Form ist diese?
A: Pipkin II.

F:Behandlung?
A: je nach dem Alter.

F: Er ist jung?
A: man versucht kopferhaltends Verfahren durchzufuehren (Verschrauben).

F: Er hat mir das verschruabte Femur gezeigt und gefragt :wie fuehrt man diese Operation? Vorderer odr hintrer Durchgang?
A: ich wusste es nicht . hinterer hatte er gesagt.

F: beim hinteren Durchgang welche Muskelen finden Sie?
A:Gluteus Maximus, Medius, Menimus konnte nicht mehr weiter (gemelli obteratur internus hatte er erganzet).
Noch Roentgen gezeigt (spaeter nach der operativen Behandlung):
A: kopfnekrose und koaxarthrose.

F:warum?
A: Blutversorgung>>>etc.

Rechtmedizin:
Patientrechte. Gesetzliche Unfallversicherung.



Praktische Teil: von 10:00 – 12:00
Prüfer: Frau Dr. Domikowsky, Stellvertreter von Prof. Domagk
Patient mit Akuten Verschluss von Femoro-Femorale Bypass - Anamnese, Klinische Untersuchung, Fragen: Lunge Untersuchung. Man bekommt hier eine Anamnese-bogen und eine leere Blatt, wo man eine Epikrise, Diagnose und Erforderliche Maßnahmen schreiben soll. Zeit reich und die Atmosphäre ist entspannt.

Mündlichen Teil von 14.00 - 18.30:
Jeder kriegt ein EKG und sollte im Verlauf von der Prüfung beurteilen: HF, Lagetyp, Q/R Zacken, ST Hebung, und Diagnose. Bei uns war: Schrittmacher, Vorderwandinfarkt und AV Block. Alle eindeutig

1. Dr. Boknik (Prof Kirchhefer war als Vorsitzender vorgesehen, aber er war nicht da und Dr. Boknik hat die Prüfung für ihm gemacht)
Themen: Bei allen Themen beginnt er mit der klassische Symptomatik und dann fragte er was denken Sie der Patient hat. Aber keine Angst, die Symptomatik ist Typisch.
1. Gicht
Ursachen, Pathophysiologie, Therapie Akuten Gicht Anfall und Erhaltungstherapie, Wirkungsmechanismus und NW von Allopurinol, Probenecid und Colchicin. Er hat auch gefragt welche Medikamente gibt man bei der Tumorlyse-Syndrom: Rasburicase.
2. Asthma bronchiale:
Pathophysiologie, Therapie, alle Medikament klasse mit Wirkung, Grund für Kombinationstherapie mit ß2-Sympathomimetikum und Glucocorticoid: Up Regulation von ß Rezeptoren.
3. Reumathoide Artritis: DMARD

2. Dr. Roos:
Wichtig bei Dr. Roos ist, dass man nicht direkt antwortet was in die Protokollen steht, nimmt eure Zeit. Wenn man die Protokolle studiert, will sofort über das Thema reden, welche in der Protokoll steht, aber man vergisst wichtige Sachen. Zum Beispiel: Wenn Dr. Roos ein Paar Daten über ein Patient gibt (Alter und Symptome), und fragt: Was wurden Sie machen? Nicht sofort CT oder OP antworten, man muss zuerst über die Anamnese , körperliche Untersuchung, usw., fragen.
Wenn Dr. Roos merkt, dass man eine Idee hat, hilft er gerne weiter.

Themen:
1. Patient mit starke Kopfschmerzen und Meningismus: Was wurden Sie mit diesen Patienten machen? NICHT ANTWORTEN SOFORT CT, man musst zuerst eine Anamnese machen, körperliche Untersuchung, DD: Meningoencephalitis vs Subarachnoidale Blutung und dann erforderliche Maßnahmen empfehlen. Aneurisma als Ursache von Subarachnoidale Blutung: Ausführlich
2. Akute Abdomen: Ausführlich.
3. pAVK und Aorten Aneurismen.
4. Deterministisch und Stochastisch Strahlenschäden
5. Was ist Äquivalent Dosis und Effektive Dosis.
6. Warum im CT bestrahlt man mehr als in Rö
7. Unterschied zwischen Crohn und Colitis Ulcerosa
8. Rechtsmedizin: Wann kann man die Normale Bevölkerung Bestrahlen: Drogen im Flughafen (aber muss der Richter es anordnen und wenn man zum Beispiel Verdacht auf TBC hat).
9. Wo findet man die Gesetze: Bürgerrechtsgesetz Buch, eine andere wichtige Buch: Strafgesetzbuch

3. Frau Dr. Domikowsky (Wie gesagt, Prof Domagk war nicht da):
Themen: Sie ist nett, aber manchmal schlagt Sie etwas falsch mit Absicht vor, damit man sagt, nein das wurde ich nicht machen.
1. Ikterus, alle Ursachen: Prehepatisch, Hepatisch und Posthepatisch. Von hier ist das Thema zu Leberzirrhose gegangen: Ursachen, Typische klinische Zeichen, Therapie.
2. Akut Koronar Syndrome: Ausführlich. Instabile Angina, STEMI, NSTEMI, Koronarangiographie, Behandlung.
3. Herz Insuffizienz: Ausführlich
Für diese 3 Themen empfehle ich Amboss Lernkarten. Es reicht.

Atmosphäre:
Alle drei helfen, wenn die merken, dass man sich vorbereitet hat.

Vorbereitung:
Innere Medizin: Amboss Lernkarten online für die Wichtigste Themen. Innere Medizin in Fragen und Antwort habe ich auch studiert. Dieses Buch macht eine Wiederholung von den ganzen wichtigsten Medizin Aspekten, gute Möglichkeit für Backup. Für Zweifel Fragen Herold ist gut, aber nur pünktlich.
Chirurgie: 50 wichtigste Fälle Chirurgie (Sehr gutes Buch, einfach zu lesen). Für einige Fragen, besonders für die Frakturen (nicht alle wichtige sind in 50 wichtigste Fälle Chirurgie drin) empfehle ich Müller.
Pharmakologie: Last Minute Pharmakologie ist perfekt. Genug für die Prüfung
Rechtsmedizin und Strahlenschutz: Protokollen und Internet.
PROTOKOLLEN: Aber Achtung: Protokollen immer überprüfen, es gibt manchmal Fehler: Beispiel: Conn Syndrome macht Hypokalemie, nicht Hyperkalemie.
EKG: Amboss Lernkarte für EKG. Auch üben mit einigen EKGs mit Häufigsten Pathologien (STEMI, VHF. Kammerflimmern, AV Block, Schrittmacher, usw.)



Prüfungsort :MNR Klinik -Düsseldorf uni
Die Prüfer: Hr.Prof. Germing (Hämatologie und Onkologie)
Hr.Prof. Hohlfeld (Pharmakologie)
Fr.dr.Lehwald (visc.Chirurgie)
Im Übrings gab 4 Personen von Gesundheitsministrium .Sie haben uns von Anfang bis Ende begleitet . (Das war richtig stressig)
Klinische Teil :
Ich habe eine Patientin mit Lymphoma Burkitt . Ich habe die Anamnese erhoben und die körperliche Untersuchung gemacht .
Hr.Prof.Germing war bei mir die ganze Zeit (mit der 4) und er hat mir während körperlichen Untersuchung viel gefragt (therapie und Staging und Nebenwirkungen von Chemotherapie)

Mündliche Teil:
Chirurgie : Cholezystitis (Symptome , Ätiologie , sonographische Zeichen , O.P mit genauer Technik Schritten)
Dann Anatomie der Gallengänge !
Anatomie des Colons und einen (Rö-Abd) mit Colo-Ca
Diagnose , Maßnahmen , Therapie und die ganze Technik .
Laborbefunde lesen und Diagnose sagen (es war Cholestase und Niereninsuffizienz)

Und viele andere Fragen . Leider kann ich nicht errinern .

INNERE:
Essetienlle idiopatische Purpura
Thrombozytopenie mit DD und weitere Diagnose Maßnahmen .
Pantozytopenie und wie gehen wir weiter.
10 DD für diffuse abd. Schmerzen (aber kein akut Abdomen!)
Jede Diagnose mit sichere Diagnose Maßnahme nennen.
Und viel andere Fragen..

Pharma (war für mich die schwiergste)
Kinder Medikamente und was für Besonderheiten
Gyras Antibiotika (pharmakonitek ,NW , KI)
Nennen Medikamente ,die epileptische Anfälle auslösen können .
Wenn ich (thyophillin) gesagt habe .
Er hat mich alles über thyophillin gefragt und wie kann es epileptische Anfall auslösen .
Hepatotoxische Medikamente . Wenn ich Paracetamol gesagt habe , hat er über die genauer Toxikation Mechanism gefragt .
Dann kontraindiezierte Medikamente bei Schwangerschaft.
Und Beispiele über Plazentagängige Medikamente .
Orale antidiabetike Medikamente (nur Namen mit Beispiele)
Diabetes Behandlung bei Schwangerschaft
Heparine
Er hat mir einen Rezept gezeigt .
Was ist und wie schreiben .
Das war Btm Rezept . Und dann er hat mich gefragt genau zu beschreiben , wie kann ich schreiben . Wie viel wie lange und und ...
Was bedeutet Patientsverfügung.
Und paar andere Sachen



Die Prüfer: Hr.Prof. Germing (Hämatologie und Onkologie - Ersatzarzt für Prof.Dr.Rainer Haas), Hr.Prof. Hohlfeld (Pharmakologie), Fr.dr.Lehwald (Allgemeine Chirurgie - Ersatzarzt für Prof. Dr. Jan Schulte am Esch. Da dann gab es 4 Leute vom Gesundheitsministerium. Die hatten uns immer begleitet und waren immer um uns.

Klinische Prüfung: Meine Patientin leidet an Leukämie. Hatte die Anamnese erhoben und der Prüfer hatte mich "Auskultation des Herzens" gefragt(Die alle 5 Herzpunkten, Carotis Auskultation und warum, Puls - was sind die verschiedene Pulse und ihre Verbindung mit dem Herz). Danach fragte er über Anämie(wie führt man die körperliche Untersuchung und Laboruntersuchung durch - man muss sehr detailiert sagen),Leukämie (wie führt man die körperliche Untersuchung und Laboruntersuchung durch), Kann Leukämie Schlaganfall provozieren und wie? (Antwort: Ja, durch Virchow-Trias, die 3 Punkte beschreiben)

Mündlicher Teil:
Chirurgie: Akute oberbauch Schmerzen-D/d (vom rechten Teil, mittleren bis linken Teil). Pankreatitis(komplett - Labor Untersuchungen und apparative Diagnostik, medical Management, chirurgische Maßnahmen, komplikationen). Perforation(wie, wo kommt die am Meisten im Abdomen vor?, die Ursachen, Laboruntersuchungen und apparative Diagnostik,Management-Medical und Chirurgie). Ikterus(Die Ursachen, die mehr den Chirurg interessiert). Röntgen: Thorax gezeigt - Luft unter des Zwerchfell - Perforation)

Pharmakologie: Was muss Arzt auf ältere Patienten achten, wenn ihnen Medikamente verschreiben(Renal Insuffizienz - Welche Medikamente- nennnen mindestens 10 Gruppe), Warum ist Aminoglykoside Nephrotoxisch und Ototoxisch, Wie stellen wir fest, ob es renale Insuffizienz gibt(Kreatinin, Harnstoff und Kreatinin-Kinase test). Was ist Kreatinin-Kinase Test? Was ist Eliminierung und die Methoden der Renaleliminierung? Der Prüfer hatte mich ein EKG gezeigt mit Medikamenten, die unter des EKGs geschrieben sind. Man muss EKG detailiert interpretieren. Die Medikamente sind Ramipril, Simvastatin, ASS, Digitoxin, PPI, Coxibe...usw (die Medikamente muss man kurz beschreiben, hauptsächlich die Mechanism of Action, wie ist die Medikamente in meinem Fall mit dem EKG verbunden, welche Medikamente verursachen Bradykardie und warum). Rechtsmedizin: mutmaßlicher Wille.

Innere Medizin: Akut thorakale Schmerzen-nennen mindestens 10 D/d. Lungen Embolie (Diagnostik, Wells Score und Therapie). Kommt ein Sportler ins Krankenhaus, der während des Radfahren auf den Boden gestürzt ist...Diagnose ist Lungenembolie festgestellt, aber die alle Ätiologie sind negativ. Was ist die Ursache hier?(Er spritzt sich EPO - Deswegen!), Leukämie(komplett), Anämie(Megaloblastäre- Detailiert), Thrombozytopenie(Komplett). Polycythemia Vera. Der hat auch CHA2DVA2Sc score gefragt. Das Weiteren habe ich vergessen.

Protokoll 1 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Frühjahr, eingetragen am 16.11.2016

Themen:

1. Röntgen-Thorax: einseitige Weißlunge wurde in Laufe der kurzen Zeit (1-2Tage) vollständig wieder normalisiert bei Lungenödem.
2. Aortenaneurysma: wie entsteht sich die Aortenaneurysma bei Thoraxtrauma, durch die Ziehungsspannung der Ligamentum arteriosum zerreißt der Aortengefäßwand. Eine gefürchtete Komplikation bei Aortenaneurysma ist die Aortenruptur.
3. Bevorzugte bildgebende Verfahren für Kinder sind Sonographie und MRT. Wie kann man die Strahlenbelastung der CT bei Kinder ruduzieren? Belichtungszeit verkürzen durch Mehrzeilen-CT, Röhrenspannung absenken, ohne den Streustrahlenraster bei Kinder unter 10. Lebensjahr und Rundum-Bleischutz nutzen.
4. Ortsdosisleistung von Überwachungsbereich (>1mSv/a), Kontrollbereich(>6mSv/a) und Sperrbereich(>3mSv/h), Organdosisgrenzwerte von Augenlinse (150mSv), Schilddrüse(300mSv), Lunge und Magen(150mSv).
5. Was ist Patientenverfügung? Was ist CME-Punkte? Zum Fortbildung sollte ein Facharzt 250 CME-Punkte innerhalb 5 Jahren sammeln.
6. Bei Verdacht auf der Kindesmisshandlung sollte der Behandlungsarzt zum Jugendamt informieren und anmelden.

Atmosphäre:

Sehr angespannt

Kommentar:

Die Protokolle scheint sehr hilfreich zu sein

Protokoll 2 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Herbst, eingetragen am 09.11.2016

Themen:

Pt kommt mit starken thoraxschmerzen was könnte sein. Dann muss man differenzielle Diagnose geben und man muss systematisch sein dh. ZB kardiale ursachen MI weleche diagnostische maßnahmen. Lungenembolie wann ausschließen dann was noch pneumotorax, Aorten dissektion Danny alles über Aorten dissektion, anatomie der Aorte woher kommt der A.vertebralis, dann einteilung von Aorten dissektion, welsche untersuchungen, CT wo fängt der CT und wo endet !!! wie breiten Sie ein Pt für CT, bei NV würden Sie auch CT mit KM durchführen was geben Sie. Dann noch mal zur Komplikationen der dissektion, welsche behandlungs möglischkeiten, OP wann opariert man und die OP genau beschreiben.
Ein röntgen thorax war nicht einfach welsche Aufnahme und welsche kapeln. Ursachen eine kaverne im Röntgenbild. Welsche Indikationen es gibt für die durchführung eine röntgen außerhalb der Heilkunde!! . Dann Strahlenschutz Maßnahmen, was schutzen Sie genau, welsche Organen sind strahlensinsieble, dann machen Sie eine Röntgenaufnahme für einen verhaftet nach Polizistische Aufforderung.

Atmosphäre:

Die Fragen waren nicht klar formuliert, man muss sagen alles was er weiß. Die Benotung war gut weil viele Fragen wurden auch nicht richtig beantwortet.

Kommentar:

Amposs.
Er fragt tief über Anatomie und OP verfahren

Protokoll 3 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Herbst, eingetragen am 12.10.2016

Themen:

1.Tibiafraktur (DSM, Therapie)
2.Kompartmentsyndrom (Klinik, Therapie)
3.Strahlenschutz bei Kinder.

4.Aorten aneurysma (alles!)
5.Aortendissektion (alles, insb.Therapie). Gefahr: Kompression des echten Lumens!
6.Aortenaneurysma/Decelerationstrauma. (loco typico, warum dort (Botalli), Therapie)
Strahlenschutz Maßnahmen und Bereiche.(Viele Fragen über Strahlenschutz)

Atmosphäre:

gut

Kommentar:

seine Protokolle

Protokoll 4 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Herbst, eingetragen am 09.10.2016

Themen:

Ross (Radiologie) :
Frakturen der Hand und Unterarm.(Viele Fragen Über Anatomie)
Hirntumoren (DD. Patho. Diagnose . Behandlung Möglichkeiten)
NOMI und Behandlung und Viele Fragen über MIV (Minimal Invasive Verfahren)
Strahlenschutz Maßnahmen und Bereiche.(Viele Fragen über Strahlenschutz)

Atmosphäre:

Sehr Anstregend .

Kommentar:

Man sollte Sich gut bei Radiologie und Strahlenschutz vorbereiten .

Protokoll 5 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Herbst, eingetragen am 07.10.2016

Themen:

-Aorten aneurysma (alles!)
-Aortendissektion (alles, insb.Therapie). Gefahr: Kompression des echten Lumens!
-Aortenaneurysma/Decelerationstrauma. (loco typico, warum dort (Botalli), Therapie)
-Tibiafraktur (DSM, Therapie)
-Kompartmentsyndrom (Klinik, Therapie)
-Strahlenschutz bei Kinder.
-Ausnahmen von Schweigenplicht
-Rechte des Patienten
-Im Röntgenbild erkennen: Zwerchfellruptur, Rippenfraktur, ZVK, Magensonde, Pneumonie, Atelektasen!, Pneumothorax, Hämatothorax, Hautemphysem (zu tief intubiert -> Trachearuptur)

Atmosphäre:

Gut. Er spricht und hilft viel.

Kommentar:

Seine Protokolle lernen.

Protokoll 6 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Herbst, eingetragen am 04.10.2016

Themen:

-Die häufigste Ursache von Schulterschmerzen? Was ist die typische Veränderung im Röntgenbild? Therapie?
-Bypass-Operation - IMA und ACVB . Die Indikationen der Bypass-OP. Schwere Grade der Koronarstenosen. Anatomie des Gefäßsystems. Welche Anastenosen gibt es? Warum ist die Prognose vom IMA besser als ACVB mit V. saphena magna?
-Röntgen-Thorax: Pleuraerguss und Hämothorax
-Strahlenschutz: In welchen Gesetzbuch oder Verordnung ist Strahlenschutz geschrieben?

-Drogentransport - Wer haben das Recht die Röntgenuntersuchung des Drogentransporters zu verordnen? Richter

Atmosphäre:

Dr. Roos ist sehr nett und hilft immer den Prüfling die Fragen vom ihm besser zu verstehen. Er redet gerne wenn man etwas nicht weiß.

Kommentar:

Man sollte die Basics in Chirurgie, Rö-Thorax, Strahlenschutz und Rechtsfragen für die Ärzte gut kennen.

Protokoll 7 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2016 - Herbst, eingetragen am 04.10.2016

Themen:

Meine Fragen waren:
1. Komplikationen der minimal invasiven Cholecystektomie und ihre Behandlung (Blutungen, Ischemie, Nekrose), arterielle Versorgung der Leber, einer Patient nach der Operation bekommt Fieber, was würden Sie machen - warum ist Pneumonie der basalen Segmenten zu erwarten, Role der CT in Diagnose der Pneumonie und abdominalen Abscesses, wie wurden Sie diagnose des abdominalen Abscesses bestätigen und behandeln - perkutane Punktion und Drainage, mikrobiologische Untersuchung der Flussigkeit.
2. Röntgen Zeichen des zentralen Bronchialkarzinoms,
3. wichtigste Strahlenschutzmaßnahmen im OP Saal; Abstand und wie das beeinflüsst die effektive Dosis.

Atmosphäre:

Fragt immer über den Strahlenschutz, das muss man gut lernen. Topographische Anatomie und vaskuläre Versorgung der Körperregionen sind gany wichtig. Ausreichende Antworten über allen Fragen sind notwendig um die Prüfung zu bestehen, man muss nicht alle Kleinigkeiten wissen

Kommentar:

Fallbuch Chirurgie (Thieme, 120 wichtigste Fälle), Amboss MIAMED, Internet Seiten mit Röntgen und CT Aufnahmen bei verschiedenen Krankheiten.

Protokoll 8 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2016 - Herbst, eingetragen am 03.10.2016

Themen:

Chirurgie:
1-Was sind die Quellen für arterielle Embolien?
Vorhofflimmern, Herzklappenersatz, Aneurysma,......
2-Kompartment Syn. Ursachen, Behandlung.
3-Was sind die blidgebende Verfahren bei Lungenembolie?
Echokardiografie (TEE), Röntgen-Th, Sono Bein, Pulmonalis Angio
--Pulmonalis Angio zeigt keine Embolie, wirde der Pat nach Hause geschickt?
Nein, der sollte beobachtet , denn auch dieses Verfahren schließt nicht aus und zeigt nicht die periphere Äste.
Andere:Intrakranielle Blutung, Typen, Ursachen, Behandlung von Aneurysmen,
Fraktur, postoperative Fieber (Abszess).
Strahlenschtz:
stochastischer schaden deterministischer schaden
Röntgen-Th wie viel Strahl? 0,02msv
andere: Dosiemeter, Strahlenbereiche,Schutzmaßnahmen

Atmosphäre:

angespannt

Kommentar:

Protokolle lesen, es ist immer eine gezielte Info, der die von uns erwartet!!!

Protokoll 9 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Herbst, eingetragen am 03.10.2016

Themen:

1. Prüfling:
Patient z.N laparoskopische Cholezystektomie: Komplikationen? (Blutung v.a aus der a.cystica, Durchtrennung, Lebernekrose, Infektion, Darmverletzung) Blutversorgung der Gallenblase? (art cystica aus der a. hepatica dextra). Der Patient hat dann Hb-Werte von 3,6 mg/dl, ist aber hämodinamisch stabil. Vorgehen? (CT- Abdomen um die Lokalisation der Blutung zu bestimmen, danach Laparotomie, Durchführung? Methode zur Blutstillung?

2. Prüfling:
Patientin, 50 Jahre alt mit Oberbauchschmerzen und Durchfall, nachdem Stuhlgang relativ Besserung der Beschwerden. Vorgehen? Anamnese: keine positive Anamnese, Untersuchung: Darmgeräusche lebhaft, keine Resistenz, kein Druckschmerz. Labor: Leberparameter, Entzündungsparameter, Amylase, Lipase alles normal, Sonographie normal, CT- Abdomen normal, Endoskopie und Koloskopie normal.. Diagnose: Reizdarmsyndrom, Therapie.
Offene Fraktur: Therapie (er wollte einfach nur Debridement und extern Fixateur)
Bildgebende Verfahren bei HKH? Echo, Cardio- CT (Kalk-Score?), Cardio MRT, Myokardzyntigrafie, PTC Durchführung, Indikationen und Komplikationen bei jeder Untersuchung!.
was regelt das Abstandsgesetz beim Strahlenschutz?

3. Prüfling: Pat. mit Mesenterialinfarkt: Klinik, Schmerzverlauf, wo entsteht die Ischämie? (in der Mukosa) und warum kommt dann ein schmerzfreies Intervall? (wegen Schädigung der Rezeptoren), Versorgung der a. mesenterica superior.
Bypass-OP, Typen, Vorgehen, Voraussetzung bei arteriellen Bypass? (Allen- Test). Komplikationen von venöser Bypass? (Thromboembolie). Strahlenschutz bei Kindern (Röhrenspannung, Film Folien System, Raster). Unterschied zwischen Pneumonie und Atelektasie im Röntgen.

Atmosphäre:

Ich empfehle euch Strahlenschutz SEHR GUT vorzubereiten. Man muss sagen was er hören will.

Kommentar:

Strahlenschutzgrundkurs, Diagnostische und Interventionelle Radiologie.

Protokoll 10 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Frühjahr, eingetragen am 02.09.2016

Themen:

a) Aneurysmatypen
Wie werden diese eingeteilt? A.verum sind alle Schichten der Wand betroffen, a. spurium ist ein Defekt an der Wand und es entsteht ein Hämatom. Wo und wie entsteht dieser Hämatom.
Welche krankheiten führen zu a. verum? -arteriosklerose, marfan und ehler- danlos syndrom.
Welche idiopathischen formen gibt es für ein a.falsum?

b)Sie finden einen Mann, der ist bewusstlos. Was machen sie? Was sind die häufigsten Traumata beim Autounfall? Er wollte Loco Typico der traumatischen Aortenrupturen hören.
c) Welche Bereiche gibt es im Strahlenschutz? Danach hat er anders gefragt, welche Kategorien? Kategorie A und Kategorie B, was sind das? Wie hoch ist die Strahlenbelastung in dem Bereich? zwischen 1-6mSv. 1mSv ist die Grenze von der Europäische Union für Normalbürger. Was ist Strahlenbelastung. Es gibt natürliche und nicht natürliche Strahlen. Kosmische, Pilot Berge etc. Wenn er sieht, der Prüfling hat Ahnung, wechselt er das Thema.
d) Totenschein: sie finden eine Dame zu Hause Sie liegt seit einem Tag schon zu Hause. Was machen Sie? Wie füllt man einen Totenschein aus? Ist dies ein natürlicher oder unnatürlicher Tod. Wen benachrichtigen

Sie bei einem unnatürlichen Tod. Ich beantrage eine Obduktion. Wie? Ich muss die Polizei anrufen.
e)Ein Kind, 3 Monate alt ist vom Wickeltisch gefallen; sie denken, dass das Kind misshandelt wird. warum? Ein Kind mit drei Monaten kann nicht vom Wickeltisch fallen.
Was machen sie nun. Woran sehen sie, dass das Kind misshandelt wurde. Ich gucke nach, ob unnachvollziehbare Hämatome und Schäden vorhanden sind am ganzen Körper. Vor allen Rippenbrüche. Was machen sie um das zu bestätigen.
Was machen sie nun?
Ich rufe das Familiengericht/Jugendamt an. Neiiiiinnnnn es ist Freitagnachmittag. Was machen sie? Ich nehme das Kind auf. Warum? um es zu schützen.
f) Röntgenaufnahme: Lungenembolie, eine Seite schwarz eine Seite verschattet. Kabel, zvk seldinger, ekg kabel.

Atmosphäre:
sehr aggressiv

Kommentar:

Protokoll 11 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2016 - Frühjahr, eingetragen am 21.07.2016

Themen:
Meine Prüfung fand Anfang Juni in Warendorf statt.
Die Prüfer waren Hr Kirchhefer, Roos und Domagk. Mir wurde zwar Herr Domagk bekannt gegeben, es kam aber ein Vertretender Arzt der Inneren Medizin, der wirklich super lieb war.
Meine Patientin in der praktischen Prüfung hatte einen Myokard Infarkt, ich habe sie untersucht und ihre Anamnese erhoben.
In der mündlichen Prüfung waren wir zu viert.
Der Arzt aus der Inneren Medizin (kenne seinen Namen leider nicht) stellte folgende Fragen:
Ascites (Zirrhose, portale Hypertension), Niereninsuffizienz, und Ikterus. Jeweils ein Thema pro Prüfling.
Herr Roos stellte mir die Fragen:
- patient herz op post op, hat akute bauchschmerzen; DD, mesenterial infarkt (bzw ischämie), arterien und vene die den Darm versorgen, NOMI Diagnose und Therapie (ausführlich)
- Lungenembolie Röntgenzeichen
- eine Frage zur Radiologie an die ich mich nicht erinnern kann.

Andere bekamen die Fragen; karpal tunnel syndrom, toracic outlet syndrom, portale hypertension ...
Herr Kirchhefer:
Hypertension, morbus conn, hyperkortisolismus, endorganschäden, therapie

Atmosphäre:
Herr Roos ist schrecklich gewesen.
ich möchte keine weiteren Details angeben, um euch keine Angst einzujagen, Lasst euch aber nicht unterkriegen, versucht euer bestes.
Herr Kirchhefer war ganz ok
Der Vertreter vom Herrn Domagk war super lieb

Kommentar:
Protokolle sind meiner Meinung nach am wichtigsten.

Protokoll 12 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2016 - Frühjahr, eingetragen am 08.07.2016

Themen:
EIm Patient mit MagenCA und Ikterus, letzendlich waren Lymphknotenmetastasen. Als Therapie wollte er

PTCD hören. Tibiafraktur, Therapie, Debridement, Therapie bei weichteilverletzung: Fixateur externe. NOMI und Therapie, Mesenterialischämie. Strahlenschutzbereiche, Strahlenschutzmassnahme.

Atmosphäre:

Wie die alte Protokolle es sagen, manchmal nicht ganz klare Fragen und man weiß nicht was er von uns erwartet, aber er hilft weiter.

Kommentar:

Alte Protokolle gut vorbereiten und ihr schafft das!
Viel Strahlenschutz und sehr viel Rechtsmedizin (Patientenverfügung, Aufklärung, Patientenrechte, Schweigepflicht)

Protokoll 13 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 13.05.2016

Themen:

Wir hatten die Themen:
Viele Fragen über laparoskopische Operationen.Man sollte einen laparoskopischen Eingriff beschreiben.Bypass-Operation mit sehr vielen Details. Wann kann man kein Stent machen beziehungsweise muss By-Pass Op. gemacht werden?Welche Anastomosen gibt es? Wie stellt man fest, dass ein Gefäss durchgängig ist?Welche Komplikationen nach der Operation?NOMI&Therapie.Radius Extensionsfraktur.Komplikationen des operativen Verfahrens.Therapie wenn die Fraktur stabil ist konservativ.Langzeitergebnisse vergleichbar.Ein Patient mit HOCM ,Zeitüberbrückung bis zur Herztransplantation.Zum Beispiel VAD genau erklären.Minimalinvasive Herzchirurgie Beispiel geben.Strahlenschutz Kontrolbereich,Sperrbereich. Strahlenschutz bei Kindern.Postoperative Komplikationen Z.n Laparostomie postop. Fieber. Wie geht man vor? Warum ist die Dosis bei den kardiologischen Untersuchungen hoch?Röntgen-Befund von pulmovenöser und pulmoarterieller Stauung.Inzidentalom in der Lunge.Vorgehen.Auf die Grösse achten. Voraufnahmen.Karpaltunnelsyndrom.Deterministische Strahlungsschäden.Er möchte ins. Hauterythem hören.

Atmosphäre:

Dr.Roos möchte ausführliche Antworten haben. Er hilft auch weiter. Teilweise hatte er schnellle Fragen gestellt.

Kommentar:

Viel Glück

Protokoll 14 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2016 - Frühjahr, eingetragen am 11.05.2016

Themen:

Pat. mit DCM wartete auf Herztransplantation, wie wurde ich ihm in diese warte Zeit behandlen. Ich habe VAD(ich habe ventrikulaere assist Device gesagt), Dann Minimale invasive Herzchirurgische Massnahmen (Ich habe als beispiel transapikale aortenklappen Ersatz erwaehnt). Dann eine Pat. mit Rundherde im Lunge und er wollte Reisen gehen, wie entscheidet Mann ob man als Arzt weg lasst oder dringend diagnostiziert. Vorbefunde Rontgen vergleichen (ob es vergrossert ist) dann Rontgen muss mindestens 2 Jahre Alt sein(hat er so gesagt). Strahlenschutz Betriebbereiche.

Andere: Aufklaerungpflicht. ACVB, Strahlenschtuz Kinder. Eine Patient hat Fieber nach laparotomie DD und vorgehen.

Atmosphäre:

War gut. Es ist falsch das er sehr streng ist, er versucht viel zu helfen und dich bis die diagnos zu bringen aber dafur brauchst du eine mindestens medizinische Wissen.

Kommentar:

Gut.

Protokoll 15 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Frühjahr, eingetragen am 10.05.2016

Themen:

Jeder bekommt ein Rö.-Thorax. Was sehen Sie? Diagnose. (Pneumothorax, Hämothorax, Zwerchfellruptur, Zwerchfellhernie, Lungenödem). Ihr solltet alles erkennen können: Sonde, Katheter (ZVK), Intubationstubus.
Fragen:
? Pat. mit Fieber nach Leberresektion. Was machen Sie? Anamnese, Inspektion,... Rö-Thorax hat keine Pathologie. Auskulation: alles ok. Was machen Sie weiter? Er wollte CT-Thorax hören. Pat. hat Pneumonie. Warum? Weil nach Bauch-OP Pat. schonende Atembewegungen macht. Ergebnis: Minderventilation und Pneumonie.
? Pat. mit postoperativer Rundforderung (CT) in Leber.Was machen Sie? Punktieren. Wie (ganze Technik)? Was machen mit Punktat? Was danach? Flüssigkeit raus und Saugdrainage.
? Was ist Äquivalentdosis und Effektive Dosis?
? Grenzwerte für Personal
? Alles über Patientenverfügung.
? Andere: Bypass. Radiusfraktur bei älterer Dame. Wie behandeln (konservativ). Was bedeutet ?Off-Label-Therapie?, Was machen, wenn Sie Kindermissbrauch vermuten`?

Atmosphäre:

Angespannt. Fragt nicht direkt. Fragt komische Fragen.

Kommentar:

Strahlenschutz für Mediziner, Amboss, Fallbücher...
Rechtmedizin(Amboss)

Protokoll 16 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Herbst, eingetragen am 08.05.2016

Themen:

Ein Patient mit rechtseitige Oberbauchschmerzen DD ?

Fragen über Cholezystitis , was ist Murphy Zeichen und wo muss man abtasten?

Gastritis ein paar Fragen ..

Duodenal Ulzera , was sind die Ursachen?

OGIB , forrest klasifikation IIa? Wie wird sie Behandelt ?

Eradikation und was wissen sie für schema ? Franzosisch und italianisch.

In dienst haben Sie ein Harte Bauch getastet ? Was sind die DD und was machen Sie?

Andere Kollegen hatten Leberzirrhose, achalasie, soor Ösophagitis, Barret, Ösophagus-Ca, aortenaneurysma mit die Ursachen für falsche Aneurysma?

Was sind die erste Behandlungmaßnahmen bei offene Frakturen und wird in OP gemacht?

Was ist der Unterschied zwischen Frakturen bei Kinder und Erwachsene, was ist die Ursachenfür diese Unterschied?

Was ist ARDS ? Was sind die diagnostische Maßnahmen und was sieht man in jedem Bild.

Osteomylitis

Eine Patientin kommt und sie ist schwanger in 2 Monat, machen wir ein Röntgenbild?

Wann ist das Gefahr größer ? In den ersten Monaten oder der letzten Monaten?

Andere Kollegen hatten : Lungenembolie, Intrakraniale Blutung, Thoracic outlet und inlet Syndrom

Atmosphäre:

Indirekt Fragen und die Prüfung bei ihm hat sehr lange gedauert

Kommentar:

am besten von Amboss und alte Protokolen

Protokoll 17 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Herbst, eingetragen am 26.04.2016

Themen:

Themen
Ein 70Jähriger pt auf dem hand gesturzt hat
Welche Fraktur (colls fraktur und skaphoid fraktur) diagnose und therapie, komplex Tiebia Fraktur diagnose(DMS: welche arterie prüfen sie und wo) komplikation(kompartment syndrom) behandlung(fixatur externa und depridment ,warum weil hohe infektion risko hat
Strahlungschutz in kinder
Ein kind mit sinus venethrombose wie diagnosieren sie(MRT)

Atmosphäre:

Angespannt

Kommentar:

Dr.Roos ist ein ganz netter wenn er merkt, dass man Ahnung hat und hilft weiter aber wenn man keine Ahnung hat fragt immer tiefer und fragt viel über chirurgische verfahren insbesonders herz operationen und interventional verfahren

Protokoll 18 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Frühjahr, eingetragen am 03.03.2016

Themen:

Themen:
1. Strahlenschutz: Dosisreduktion bei der röntgenologischen Untersuchung, Verbesserung der Bildqualität (Streustrahlenraster, Objekt verkleinen), Grenzwerte für beruflich strahlenexponierte Personen, gibt es Grenzwerte für die Patienten? - nein! Die beste Strahlenschutzmaßnahme ist die strenge Indikationsstellung! Unnötige Bestrahlung immer vermeiden! Strahlenschutz bei Kindern und schwangeren Frauen - immer Sonographie und MRT, bei Neugeborenen: Sonographie des Hüftgelenkes (Hüftgelenkdysplasie) und des Kopfes (Fontanelle)
2. Wirbelkörperfraktur: stabil, keine Op, Kyphoplastie
3. Lungenkarzinom: zentral lokalisiert (welche radiologische Zeichen? (poststenotische Atelektasen, Pneumonie), wann Bronchoskopie notwendig? (bei rezidivierenden Pneumonien ohne Erregernachweis); peripher lokalisiert (Rö-Zeichen: peripherer Rundherd, unscharfe Grenzen, corona radiata)
4. Traumatische thorakale Aortenruptur loco typico (Lig. arteriosum), Notfall-Op
5. Herzchirurgie: die häufigste Operation (ACVB, arterielle Grafts (a. thoracica/mammaria interna), Kunstherz)
6. Indikationen zur Op bei einer Pankreatitis, Drainageanlage bei Ikterus

Atmosphäre:

Angespannt

Kommentar:

Alle Themen sehr ausführlich vorbereiten! Unbedingt alle Protokolle gut lernen! Gleiche Fragen kommen immer wieder mal.

Protokoll 19 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Frühjahr, eingetragen am 16.02.2016

Themen:

TIPS (transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Shunt) bei endoskopische Therapierefraktarität bei Ösophagusvarizenblutungen. Genau erklären was womit anastomosiert wird, wie der offene Verfahen heisst (von V. splenica zur Relais sinistra).
Strahlenschutz Kontrollbereiche, wie wird jeder Bereich definiert, im Kontrollbereich immer Dosimeter erforderlich.
UC: Frakturbehandlung: bei einer älteren Dame eine distale Radiusfraktur (konservativ), bei einer komplexen Unterschenkelfraktur primär durch Fixateur Externe. Gefürchtetes Risiko: Osteomyelitis.
Rechtsmedizin: welche Rechte hat ein Patient (Aufklärungspflicht, Dokumentationspflicht?), Patientenverfügung.
Andere Prüflinge: Kunstherz, wie funktioniert es; Douglasraumbegrenzung, wozu dient die rektale Untersuchung bei Appendizitis?.

Atmosphäre:

Dr. Roos ist auch ein ganz netter, besonders wenn er merkt, dass man Ahnung hat hilft er einem weiter und ist auch geduldig. Er fragt sehr viel über Strahlenschutz und Rechtsmedizin, sowie auch über bestimmte chirurgische Verfahren, die aber allen in alten Protokollen erwähnt sind.

Kommentar:

Gut die alten Protokolle lernen, Anatomie, Rechtsmedizin über Medi-Scripts und Amboss lesen und Strahlenschutz am besten mit dem Buch "Strahlenschutzkurs für Mediziner".

Protokoll 20 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2016 - Frühjahr, eingetragen am 31.01.2016

Themen:

Anatomie: Bauchwand- peritoneum, thorax (pleura),Abdomen.. Chirurgisches versorgung beim Portal Hypertension, Shunts? TIPPS? Durchfuhrung detaillierte anatomie gefäss bis zum V.Porte. Nebenwirkungen?
Strahlenschutzt beim minder, Organ dosis?
Anderen Prüflinge : Wirbelkörperfraktur, Aorten Anuerysma, Myokard infarkt- chirurgusche verfahren..

Atmosphäre:

Der Prüfer fragt gezielte Fragen auf diverse Themen.

Kommentar:

Der Protokoll hat sehr geholfen

Protokoll 21 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Herbst, eingetragen am 24.12.2015

Themen:

Eine Patient mit Leukopenie und Antibiotikaresistant fieber, Was machen Sie ? welche Bildgebundeneverfahren machen Sie? Röntgen Thorax ist unauffällig ? Was machen Sie jetzt? Wieso CT Thorax ist besser als Röntgen Thorax? Begründen Sie. Das ist auch unauffällig. Was machen Sie weiter?
Wie hilft der PET-CT?
Was sind die Grenzwerte für die Strahlenbelastung`?
Was ist eine Thoracic Inlet/outet Syndrome?
Was sind die Symptome, Diagnose und Behandlung?

Atmosphäre:

Fragt lange und indirekt Fragen. Ist schwer zu verstehen was er genau fragt.

Kommentar:

Da war fragen dabei die gibts im Bücher nicht. Kann mann schlecht direkt vorbereiten. Ist auch meistens Glücksache.

Protokoll 22 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Herbst, eingetragen am 24.12.2015

Themen:

Autounfall mit Thorax Trauma . was für schädigung kann passieren ? Pneumothorax, Hämothorax, und Aorten Ruptur .
dann hat er über Pneumothorax gefragt : wie entsteht es ? dann wie kann das am schlimmsten sein (Tensionpneumothorax)
und wie entsteht ein Tension Pneuothorax ? wie kann man es klinisch sofort erkennen ? (gestaute Halsvenen) und was muss man
am Unfallsort tun ? (Notentlastung durch sofortige Pleurapunktion). Dann hat er über Aortenruptur gefragt, wo ist das Ruptur
am häufigsten ? (Aortenbogen) dann warum ist es hier am häufigsten ? (aufgrund der Ligamentum botalli ist das Aorta in diesem Bereich festgelegt) wie kann man das behabdeln ?

Atmosphäre:

Ein bisschen Stressig

Kommentar:

Die Vorbereitung ist am besten von Amboss . Die Protokolle muss man natürlich gut lernen

Protokoll 23 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Herbst, eingetragen am 12.11.2015

Themen:

Betriebsdosis(Überwachungsbereich,Sperrbereich) Mamma Ca.Stabile und instabile HWS-Fraktur.Osteoporose.Di.Thoracik Outlet Syndrom.Karpaltunnel Syndrom.Wie kann man Dosis bei Kindern reduzieren?
DD.Thoraxschmerzen.Alles über Aortendissektion.Klassifikation,Therapie. Dosisgrenze.
MammaCa-Diagnostik,Skreening.Stochastische und Deterministische Strahlenschäden
Alle Blutungen-EDB,SDB.SAB,ICB.Therarapie Aneurysma -Cliping,Coiling.

Atmosphäre:

Sehr angespannt

Kommentar:

Der Prüfer war nett

Protokoll 24 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Herbst, eingetragen am 04.11.2015

Themen:

Differential Diagnose Von Rote geschwollen recht Arm,Thoracic Inlet Syndrome,Wann CT beim kinder(Verdacht auf intracranial blutung)welche Verfahren besser für kinder ,beim Gehirn schütteln welche Verfahren (MRT)
Wie kann man Dosis im Röntgen im kinder reduzieren(alle Details,wie wirkt Strahlenraster,rohrenspannung usw)
Bei andere Kollegen-intracranial blutung,anuerysma,behandlung,coiling,clipping(ausführlich wann macht man welches Verfahren,wie macht man,wie sieht alle epidural,subdural,SAH im CT aus malen am Papier),polytrauma patient bewusstloss (therapie ,diagnose -spiral CT),beim polytrauma im Röntgenbild verbereitet mediastinum(aorten Hämatom-Behandlung)
Dosis Röntgen thorax,ct thorax,natürlich quelle von strahlung,unterschied zwischen stotatische und dermatisches Risiko),lungen embolie Röntgen

Atmosphäre:

Seiner fragen sind schwer zum verstehen.

Kommentar:
Man muss Anatomie sehr gut und ausführlich kennen.er interessiert sich sehr fur alle Röntgen bilder zeichen.

Protokoll 25 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Herbst, eingetragen am 03.11.2015

Themen:
1) Aortenaneurysma :
- Was sind die Risikofaktoren ?
- Welche Anomalie findet man in Marfan Syndrom im Thorax ?
- Wie zeigt sich ein Aortenaneurysma symptomatisch ? im Thorax und im Abdomen ?
- Nennen Sie ein Beispiel für einen Nervenbefall bei einem Thoraxaortenaneurysm. Welche Beschwerden beklagt der Pat. ?
- Warum ist dieser Nerve befallen ?
- Welche andere Strukturen können auch gedrückt werden ?
- Ab welcher Größe können wir sagen : Es ist eine Aortenaneurysm im Thorax ? im Abdomen ?
- Welches Bildverfahren veranlässt man ?
- Wann ist die Operation indiziert ?
- Ab welcher Größe ist die Operation im Thorax und im Abdomen indiziert ?
- Was kann man operativ machen ?
- Nennen Sie ein Beispiel für eine iatrogen-bedingte Aneurysma ?
- Welche Komplikationen können bei Aneurysma passieren ?

2) Strahlenschutz :
- Welches Bildverfahrn benutzt man bei Kindern und Säuglinge, um die Stahlenbelastung zu reduzieren ?
- Darf man ein Ct bei Kindern benutzen ? Beispiele ?
- Nennen Sie Beispiele für Fälle, in der ein Röntgenaufnahme bei Kindern indiziert.
- Ich will bei einem Kind Röntgen anfertigen. Was mache ich um die Strahlenbelastung zu reduzieren ?
- Welche Rolle Spielt der Filter ?

Atmosphäre:
Die Atmosphäre war sehr schlecht. Er hat auf die Antworten aller Prüflinge negative Ausdrücke mit dem Gesicht gemacht, auch während die anderen Prüfer ihre Fragen gestellt haben.

Kommentar:
Er fragt ganz tief. Er verlängt, dass die Prüflinge Anatomie und Operationentechnik beherschen! Fallbuch Chirurgie, Grund- und Spezialkurs Strahlenschutz. Die Prüfung braucht mindestens 3-4 Monate intensive Vorbereitung.

Protokoll 26 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Herbst, eingetragen am 28.10.2015

Themen:
Thoracic outlet syndrom und inlet Syndrom
Stochastisch
Lungenembolie Diagonose detailliert in Röntgen Bild
Röntgen Thorax Strahlen 0.2 mS

Atmosphäre:

Er war hilfsbereit. Wenn man schon gelernt hat, bringt die Hilfe viel. Ansonst nicht. Wir waren 4 Leute nur eine bestanden.

Kommentar:

140 Fälle Chirurgie

Protokoll 27 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Herbst, eingetragen am 12.09.2015

Themen:

operation bei akut Pankreatitis-Nekrosektomie- , Op bei Ca Pankreas -whiple- und wie macht man? wie anastamosiert?
wie macht man die Roentgenaufnahme bei V. a. Fraktur?(joint above and joint below)?
Fallbeispiel Kompartment Synd.,
Behandlung von Offenem Fraktur?
Roentgenzeichen von bronchial ca.? (er wollte am wichtigsten die Grosse)
naechste Schritt?CT scan ....
Grenzwerte bei Stralenschutz.?
andere Prueflinge: Formen von Herzbypass??!!er wollte venen un arterien!!
pt. kommt nach Bypass op. mit Obstipation und erhohtem Laktat?Mesentric infarkt.er sagt kann sein aber ich will etwas anderes??!! war NOMI ?! niemand von uns wusste was ist das?und dannach hat er ueber NOMI gefragt: Diagnose. ..usw
PET-Ct?Bereiche mit Dosis?
Valvulare Herzerkrankung ich glaube war Aortic Stenose aber nich sicher.
Neymar Fraktur und Vertebroplastie vs kyphoplastie.
Berufsdosis -im ganzen Leben-?400 msv
Belastung bei Ganzkoerper CT?

Atmosphäre:

er fragt nicht direkt. manchmal es ist schwer zu verstehen,was er will.

Kommentar:

Gluecksache. Bei mir waren die Fragen einfach und von Protokollen, deswegen habe ich bestanden.Aber bei andere Prueflinge war es schwer z.B.Typen von Bypass? und NOMI?!! ich hab niemals gehoert. es ist (non-occlusive mesentric ischemia) war niemals in Protokollen und ich glaube es ist selten auch.

Protokoll 28 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 27.08.2015

Themen:

PET-CT: das Prinzip, Indikationen, Strahlenbelastung.(24mSV)
Natürliche strahlenexposition. Wie hoch?
Wo ist strahlenbelastung höher?
Wovon hängt terrestrische Strahlenbelastung.(von geologischer Zusammensetzung)
Lungenkrebsursache außer Rauchen-(Radon 222)

Weitere Prüflinge:
LVAD, TRALI, Patientenverfügung.

Atmosphäre:

Sehr wichtig bei der erster Prüfer gut zu antworten, dann wird man auch nicht so vielgefragt.

Kommentar:

Die Themen von den alten Protokollen lernen.

Protokoll 29 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 24.08.2015

Themen:

Viele Fragen über Bildgebung, Orthopädie, chirurgische Eingriffe (Beschreibung). Strahlenschutz (fast alles in Mediscript und in den alten Protokollen), Aortendissektion (Klassif und wann man operiert und wie-stent-), Kompressionssyndrom (TOS, Karpaltunnel Sd, Bandscheibenvorfall), Wirbelsäulen Fraktur (3 Säulen Prinzip, wann ist eine op notwendig, wie), Portale Hypertonie- TIPPS, Splenorenale Shunt (Linton)-, Rechtsmedizin (Bp: wann darf man eine Röntgen Aufnahme machen ohne das die Person krank ist: Präventiv Medizin-v.a. Pneumokoniose, Tuberkulose Kontakt oder Gesundheits Risiko für andere, Drogentransport- aber nur wenn ein Richter es verordnet), Bildgebung in KHK, Arterien-Venen Anatomie, Komplikationen und allgemeine Behandlungen von Frakturen.

Atmosphäre:

Ich habe die Prüfung sehr gut bestanden und, wenn ihr Euch mit den Hinweisen ehemaliger Protokolle vorbereitet, dann schafft Ihr es auf jeden Fall auch!
Ich rate aber auf jeden fall das man sich vorbereiten soll. Viele der Themen die abgefragt werden, kommen nicht im klinischen Alltag vor. Wichtig sind auch die Sprachkenntnisse, man muss schon die Fragen verstehen können die einem gestellt werden, und sich richtig ausdrücken können. Die Prüfer sind aber trotzdem unglaublich geduldig.
Ich möchte etwas ausführlicher den Ablauf erläutern, so ist die Ungewissheit weniger und man kann sich besser die Prüfung vorstellen. Ihr dürft Geduld mitbringen, den ganzen Tag muss viel gewartet werden.
Praktischer Teil:
Um 10 Uhr morgens, am liebsten 10 min früher, muss man den Internisten vor seinem Büro treffen. Mit den anderen Prüflingen geht man dann auf die Nephrologische Station. Zusammen mit dem Prüfer geht man dann zum Patienten (die anderen müssen im Wartezimmer vor der Station warten). Im Begleitung vom Arzt soll man dann eine kurze Anamnese machen. Ich wurde öfters unterbrochen und direkt ausgefragt. Dann sollte ich gezielt Herz, Lunge und untere Extremitäten untersuchen. Der Prüfer fragte auch über mögliche Zeichen die man im körperlichen Befund hätte in einem hypothetischen fall. Hier ist die zeit 20-30 Minuten. Kommt auf den fall an. Im Wartezimmer soll man dann eine Seite ausfüllen: Hauptdiagnose/Begleitdiagnosen/Körperlicher Befund: Kopf- Hals- Thorax-Lungen-Herz Extremitäten-Neurologisch (man muss nur das ausfüllen das man untersucheng durfte). Auf der hinteren Seite soll man eine Epikrise mit weiteren diagnostischen und therapeutischen Procedere schreiben. Man hat 30 Minuten Zeit, die eigentlich reichen (die Information die man über den Patienten hat ist ja gering).
Um 11:30-12:00 (kommt drauf an ob ihr der letzte seit oder nicht) seid Ihr erstmals frei bis 14:00. Dann geht es weiter mit der mündlichen Prüfung. Alle Prüflinge und die Prüfer in einem raum. Hier soll man nur was sagen wenn man dran ist! Man muss Geduld haben! Jeder Prüfer fragt dann 3-4 Themen bei jedem Prüfling ab (man muss nicht alles wissen, lieber ein ich weiß es nicht als falsche Antworten oder schlechte ausreden)

Kommentar:

?Mediscript StaR 9 Bildgebenden Verfahren und allgemeine Chirurgie, Mediscript StaR 10 Orthopädie und Unfallchirurgie, Fallbuch Chirurgie, Mediscript StaR 21-nur Rechtsmedizin?

Protokoll 30 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Herbst, eingetragen am 25.07.2015

Themen:

Dr. Roos: Akute Pankreatitis und Komplikationen, Whipple OP, was ist Kontrollbereich?, Ganz Körper CT wie viel ist die Strahlung Belastung? (25 msV) , ich habe 15 msV gelesen und gelernt und auch gesagt, der sagte nein 25msV. Dosimeter, Stralungbelastung Typen und art, wie viel wird man jährlich belastet (Medizinisch)? Muss ein Putzfrau im Krankenhaus auch Dosimeter tragen ? Stochastische- u. deterministische NW,

Atmosphäre:

Atmosphär war gut aber manche Fragen waren nicht so deutlich, man weißt nicht, was er genau meinte,

Kommentar:

Meine Empfehlung: ich höre dass manche nur 1 oder 2 Wochen einfach vorbereiten und dann machen die Prüfung, das ist sehr wenig. Man sollte mind. 3 Monate vorbereiten. Weil es wirklich sehr schwer und stressig

ist. Ich habe selbe 8 Monate intensiv vorbereitet zum ersten mal bestanden Alhamdulillah.
Ich habe Checkliste Innere Medizin, Kurzlehrbuch Pharmakologie, Kurzlehrbuch Chirurgie , Strahlenschutz Grundkurs, und am Ende Amboss gelernt.

Protokoll 31 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 13.07.2015

Themen:

- Sehr viel Strahlenschutz
- TVT
- pAvk
- TIPPS
- Thoracic-Outlet-Syndrom
- Aortendissektion
- Akutes Abdomen
- SAB
-

Atmosphäre:

Nett, hilft weiter. Mag direkte Antworten

Kommentar:

Habe mit mit dem Fallbuch vorbereitet und Strahlenschutz für Mediziner vorbereitet

Protokoll 32 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 05.07.2015

Themen:

Patient mit akuter Pankreatitis, wann muss man den Patienten operieren, bei nikrosiender Pankreatitis, wo sieht mann die Nekrose und beim welchem Verfahren. Im CT, Nekrose in Fett-Gewebe. Fragen nach der Stadien Einteilung von Sarkidose, wie kann man wissen ob der Lymphadenopathie aufgrund der Sarkoidose sind oder einer anderen Ekrangung im Röntgen. Das wusste ich nicht und er hat nicht geantwortet. Die gleiche Frage bei Lungenfibrose.
Ein Patient mit Pankreaskopf Tumor T1 N1 M0, welche Op ist geeignet. Ich habe Whipple Op gesagt, richtig, was ist die Technik und Anastomosierung.
Er hat nach den Stochastischen Schäden und den deterministischen Schäden gefragt.
letzte Frage war, wie kann man den Alter eines Patienten in der Foransischen Medizin bestimmen. Ich wusste nicht, ich habe ihm gesagt beim Röntgen vom Knochen aber das war falsch.

Atmosphäre:

Dr Roos ist nett und entspannt. Er fragt manchmal komische Fragen und man weiß nicht worum es geht. Radiologie gut Vorbereiten und die Technik von den Operationen insgesammt.

Kommentar:

Fallbuch sollte reichen. Bezüglich der letzten Frage, ich habe ihm nach der Prüfung nach der Antwort gefragt. Er hat wörtlich gesagt. Es gibt ein amerikanisches Verfahren, das hier in Deutschland häufig benuzt wird. Man macht ein Röntgen vom Schulter und dann nach bestimmten Kiterien kann man den Alter bestimmen, aber er hatte die Kriterien nicht im Kopf

Protokoll 33 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 01.07.2015

Themen:

Gleichwertigkeitsprüfung Zur Anerkennung Ausländischer Approbation am 10.06.2015:

1- Ösophagusvarizen Behandlung
2- Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Stent-Shunt (TIPPS) in Details !!
3- Splenorenale Shunt (Linton)

4- Strahlenschutz (Strahlen Dosen, Dosimeter, Strahlenschutz Maßnahmen), Strahlenbelastung bei CT-Abdomen (5-10 mSv), Stochastische und Deterministische Strahlenschäden.
5- Akute Abdominal Schmerzen DD.

Atmosphäre:

Gut

Kommentar:

Prüfung ist wirklich gut machbar

Protokoll 34 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 12.06.2015

Themen:

Strahlenschutz und Bilddiagnostik: woher ist die naturlische Strahlung? (terrestrische und kosmische)
Eine Frau mit Leukämie bekommt chemotherapie und hat Fieber ohne Beschwerden: welche Untersuchung machen Sie? Röntgenthorax, schon gemacht aber normal was machen Sie? CT Thorax, ja warum ist das CT besser ? dann hat er gesagt das CT ist auch unauffällig was kann man noch machen? (als Hilfe hat er gesagt das eine kombinierte Verfahren mit CT) PET CT, richtig wie hoch ist die Belastung? 12 -13mSv (ich wusste es nicht)
Chirurgie: Unterschenkeltrauma wie mchen Sie die Untersung?welche Röntgen(von wo genau bis wo w¨rden Sie röntgen? Motorik Sensibilität Puls bla bla welche Komplikationen? kompartiment synd (Symptome, Diagnostik, Therapie), Therapie der Fraktur, wenn die Weichteilstruturen schwer geschädigt sind, was machen Sie? (Fixateur ext und Debridement)

Atmosphäre:

er will hören was er will

Kommentar:

trotzdem machbar
Strahlenschutz und Bilddiagnostik +++

Protokoll 35 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 05.05.2015

Themen:

Pat klagt über Blut am Stuhl, schlecht AZ, was frage sie in Anamnese? Körperlich Untersuchung ? was müssen sie unbedingt machen? ? Rektal Untersuchung. Sagen wir dass der Pat eine Mitral klappen Fehler hat.. woran denken sie? Mesenterial Infarkt: und dann alles? Anatomie, welche Arterie für welcher Darm usw., Sono Zeichen (Perforation?)?
Dann Angio CT: Probleme ? Allergie (wir brauchen die Untersetzung von Anästhesist haben, wenn der Patient anamnestisch allergisch ist ? im Zweifel immer den Hausarzt anrufen!-), bei Niere Insuffizienz erste Volume gabe und danach KM (Forciert Diurese), Bei hoch TSH (Thireostatika vorher). Wie viel Strahlung bei CT Thorax und Abdomen?

Andere:
Subakromial Syndrom, Impigiment Syndrom, immer sono machen!!!! Warum gibt es Verkalkung in sehne? Wegen Nekrose! Dosimeter, ring Dosimeter.

Bandscheibe Prolaps: Alles! Welche nerve? Welche hoch ist? Klinische Zeichen, Untersuchung, Therapie ? alles.
Wirbel Säule Fraktur ? instabil, stabil. Warum hat Neymar nach der spiele, die er sich verletzte hat, kein op gekriegt? ? Stabile Fraktur. Gruppe A und B Mitarbeiter, und Bereiche..

Atmosphäre:

Sehr netter Prufer. Dr Roos hat versucht, uns zu helfen. Er möchte immer über die Anamnese und

Körperliche untersuchung genauso wissen. Lehrnt die Protokolle! Da steht alles!

Kommentar:

Ich habe mit Ambos und Bücher (Chirurgie, Ortopedie und Radiologie Fragen und Antworten) gelerhnt. Und habe auch ein Radiologie on line Kurs (Lecturio).

Protokoll 36 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 21.04.2015

Themen:

wirbelsaeure Fraktur,stochastische und deterministische strahlenschaeden,Fortbildungen CME Punkte Ca.250 ,Kontrollbereich und Sperbereich,Aortic dissektion,open fraktur

Atmosphäre:

wenn du keine Ahnung hast,sagst du bitte nicht weil er bei komische Antworten aergert wird

Kommentar:

bitte alte Protokolle gut lernen

Protokoll 37 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 01.03.2015

Themen:

Thorasic outlet syndrome, pAVK, tibia kopf fraktur, TVT, sowie strahlenschutz aber er kombiniert die fragen mit chirurgie. rontgen, CT, sievert usw.

Atmosphäre:

Die pruffer sind net.

Kommentar:

strahlenschutzgrundkurs. sowie gesprache mit radiologe im haus. Chirurgie- Muller plus chirurgie fall buch.

Protokoll 38 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 08.02.2015

Themen:

Gleichwertigkeitsprüfung Zur Anerkennung Ausländischer Approbation am 03.02.2015:

1- Ösophagusvarizen Behandlung
2- Transjugulärer intrahepatischer portosystemischer Stent-Shunt (TIPPS) in Details !!
3- Splenorenale Shunt (Linton)
4- Strahlenschutz (Strahlen Dosen, Dosimeter, Strahlenschutz Maßnahmen)

Andere Prüflinge:
1- Thoracic-outlet-Syndrom
2- Karpaltunnelsyndrom
3- Kompartmentsyndrom
4- Komplikationen und allgemeine Behandlungen Von Frakturen
5- Aortendissektion und die Typen: DeBakey und Stanford sowie Symptome und Behandlung
6- Akutes Abdomen und DD.

Atmosphäre:

Er ist eigentlich nett. Er versucht uns zu helfen.

Kommentar:

Zuerst sieht bei Herrn Roos schwierig aus, aber er versucht immer uns zu helfen. So Seid ruhig, Ihr schafft es. Ich empfehle die alte Protokolle-Themen sowie den Strahlenschutz sehr gut vorbereiten.

Protokoll 39 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 17.01.2015

Themen:

Bei mir wurde Thoraxschmerzen von chirurgische Seite gefragt. Danach habe ich Aortadissektion geantwortet. Und dann spielen wir viele im Bereich Aorten Dissektion. Wurde gefragt über die Stadien, therapeutische Maßnahme. Über Strahlenschutz wurde nur strahlen belastung bei ct thorax gefragt. 5 mSv. Bei andere kandidaten wurde gefragt, junge Patient, 25 Jahre alt in tief Koma, diff diagnose. SUbarachnoidal Blutung, Subdurale Blutung, Intrazerebrale Blutung. Er möchte in die richtung gehirn aneurysma spielen. Lernt über arterien von arteria Femoralis bis circullus willisi. Sieht so aus dass wir ein gute Eindruck bei dem ersten Prüfer zeigen muss, so dass der nächste Prüfer keine Schwierige Frage stellt

Atmosphäre:

Er ist eigentlich nett. Erversucht uns zu hilfen. Aber wenn wir keine Ahnung haben dann ärgert er sich darüber. Es ist nicht slimm wenn wir die 3. oder 4. Fragennicht beantworten können.

Kommentar:

Strahlenschutz bitte gut vorbereiten,

Protokoll 40 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2015 - Frühjahr, eingetragen am 08.01.2015

Themen:

DD von Akut thorax schmerz
Aortic dissektion ,pathophysiology,diagnosis ,behandlung
schulter gelenk schmerzen Impingment syndrom pathophysiology ,diagnosis ,behandlung. weichgewebe schadung und open fraktur behandlung
dose of ct thorax
schwange frau mit sinus vein thrombosis im brain welche strahlung anfoderung muss = MRT brain ,schwange frau mit schadel trauma =ct schadel

Atmosphäre:

sehr nett

Kommentar:

Protokoll 41 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2014 - Herbst, eingetragen am 12.12.2014

Themen:

ARDS.
Colles Fraktur. Risikofaktor(Osteoporose), Behandlung (Reposition).
Peretonitis und Pankreatitis und Divertikulitis und DD.
Trauma des Sprunggelenkes.
Aorta Aneurysma und SAH.
Aneurysma cerebral und die Behandlung (Coiling oder Clipping).
Strahlenschutz beim Kind und bei der Schwanger.
Strahlenkomplikationen.

Atmosphäre:

Angespannt aber nett. Du verstehst nicht immer, was er will.

Kommentar:

Strahlenschutz gut lesen

Protokoll 42 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2014 - Herbst, eingetragen am 31.10.2014

Themen:

?1. Tieven Venen Thrombosen & pAVK (Klinisch, Diagnostik, Therapie, Anatomie von Gefäße der unteren Extremitäten)?

2. Akutes Abdomen bei Schwangere (welche Untersuchung: Sonographie, MRT)?
3. MRT (was muss man beachten: kein Metal im Körper, Schrittmacher, usw.)?
4. Strahlenbelastung bei CT-Abdomen (5-10 mSv)?
5. Impingement Syndrom?
6. Rückenschmerzen, Wirbelsäule Fraktur (stabil/instabil, drei Säulen Model)?
7. Karpaltunnelsyndrom?
8. Gonadenschutz beim Röntgen

Atmosphäre:

nett aber auch angespannt

Kommentar:

Dr. Roos fragte klinische Fälle. Er hat weiter versucht zu helfen, wenn wir nicht antworten konnten.

Protokoll 43 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2014 - Herbst, eingetragen am 31.10.2014

Themen:

1. Klinischer Fall- Pat. mit Wirbelsäule schmerzen. Stabil und instabil Frakturen. Instabilitäts Zeichen. Neymar Fraktur. DMS Untersuchung. Fraktur Behandlung. Vertebroplastie, Kiphoplastie. Viel Strahlen Schutz. Kinder Besonderheiten. Rechts Medizin.

Atmosphäre:

Sehr netter Prüfer. Er fragt, wenn man richtig antwortet, erklärt immer weiter. Er fragt Unfallchirurgie auch.

Kommentar:

Sehr netter Prüfer. Er fragt, wenn man richtig antwortet, erklärt immer weiter. Er fragt Unfallchirurgie auch.

Protokoll 44 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2014 - Frühjahr, eingetragen am 16.10.2014

Themen:

GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDISCHER APPROBATION
Strahlung Schuetzen
Hand Numbness und diferential Diagnosis.Thoracic outlet syndrom,Carpartanel syndrom.Diagnosis .nerve coduction study.
Akute Abdominal Schmerzen DD.
unterSchenkel schmerzen und DD.DVT ,diagnosis und therapie
Abominal CT strahlen Dosage
Sarcoidosis Roentgen stage.

Atmosphäre:

Angespannt

Kommentar:

Viele chirurgien Fragen

Protokoll 45 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2014 - Herbst, eingetragen am 03.10.2014

Themen:

GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDISCHER APPROBATION

Strahlenschutz , Radiologie und Rechtsfragen der Medizin:
- Karpaltunnel welche Rö. Aufnahme? Was sieht man? wenn mann kein Grund für die Parasthäsie findet was macht man? man macht eine HWS Rö. Aufnahme sowohl als auch MRT die HWS.
- Lungen Embolie? Diagnostik , Zeichen in Konv. und auch in CT aufnahmen.
Ist die Konv. Röntgen wichtig? Eigentlich nicht so ganz CT reicht.
- Impingment Syndrom.

- Polytrauma.
- pAVK. Er möchte DSA hören.
- Hüft Screening bei Neugeborenen? Ultraschall.
- Hüft Sono für Erwachsene Sinnvoll? Ja, Erguß. aber macht man kaum.
- Was ist ein Sievert.
- Wichtungsfaktor.
- Stochastische und Deterministische Strahlenschäden.
- Ein Polizist im Flughafen hat einen verdacht auf einen Drogenschmuggler, er fragt sie als Arzt im Dienst nach eine Rö. Abdomen, würden sie es machen? Nein auf gar keinen Fall. Der Richter Entscheidet nicht der Polizist.
- Was braucht man für die Facharztweiterbildung anders als Bücher und Uptodate?
Fortbildungen CME Punkte Ca. 250.
- Ein Mann in Koma, seine Frau entscheidet dass er DNI und DNR sein sollte. darf sie das? Nein, Ohne schriftliche Einwilligung von der Patient, dass sie für ihn entschieden darf.

Atmosphäre:

Kommentar:

Seid Ruhig, Ihr schafft es. nur bitte euer Fragen beantworten, ihr musst die Prüfern nicht zeigen, dass ihr die Antwort für die Fragen der Anderen beantwortet konntet.
Einfache Antwort und keine Romane erzählen, das zählt gut für euch.
-Common ist Common. zeigt denen, dass ihr mindestens die Alltäglichen Krankheitsbildern beherrschen konntet. man muss nicht 100% perfekt bei den nicht Common sein. (Trotz man muss mindesten eine Ahnung haben, worum es geht)

Protokoll 46 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2014 - Frühjahr, eingetragen am 29.09.2014

Themen:

GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDIISCHER APPROBATION

Hat gefragt über Strahlenschutz: physische und biologische Strahlungseinheiten, Belastung von typischen Untersuchungen (CT, Röntgen). Auch theoretische Prinzipien zur adequaten Verwendung von Untersuchungen.
Zusätzlich muss man Röntgen-Bilder interpretieren und beschreiben, vor allem Thorax und Abdomen.

Atmosphäre:

Der war der unfreundlichste von allen, obwohl ich hatte den Eindruck es war eher eine Fassade.

Kommentar:

Es ist gut wenn man Röntgen von Thorax und Abdomen flüssig und mit den richtigen Fachworten befunden kann. Auch Strahlenschutz-Lehre ist sehr wichtig.

Protokoll 47 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2014 - Herbst, eingetragen am 30.08.2014

Themen:

GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDISCHER APPROBATION

1. Strahlen Schutz
2. pneumothorax
3.aneurysm behandlung
4..Peripheral Arterielle Verschluss Krankheit

Atmosphäre:

sehr nette

Kommentar:

immer hilft weiter , aber er mochtet immer eine genau Wort horen

Protokoll 48 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2014 - Frühjahr, eingetragen am 31.07.2014

Themen:

GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDISCHER APPROBATION

1-Rechtsmedizin: Prof Roos hat viele fragen über Rechtsmedizin gestellt , die waren manschmal ein bischen komisch wie zb: "ein Flugzeug kommt aus Kolumbien zu Deutschland wo die Polizei ein Mann mit Drogen verhaftet hat .Die Polizei hat Ihnen gefragt ein Röntgen zu machen um zu sehen ob er irgendwas geschluckt hat , Würden Sie es Machen? " Habe ich nein gesagt , nur ein Richter sollte solche Anforderungen stellen aber bei Alkohol Nachweis im Blut wäre es Ok. Ich habe die Rechtlichen Fragen nicht vorbereitet , wusste nicht dass die rechtsmedizin gefragt wird bei der neuen GWP.
2-Strahlenschutz +++
3-Röntgen befunden: Die Röntgen die wir gehabt haben waren atypisch und überhaupt nicht einfach . Zwerchfellruptur , subkutanes Emphysem
4-Rückenschmerz klinischer Fall
5-Arthrose klinischer Fall
6-Polytrauma :Definition , Körper CT
7-Was ist eine PEG Sonde?
8-Zwerchfellhernie (Unterteilung)

Atmosphäre:

Prof Roos war nett aber seine Fragen sind verwirrend und waren im Vergleich zur alten Protokollen ziemlich atypisch.Wie schon hier gesagt , hat er ein bestimmtes Wort im Kopf und möchte nur DAS hören. Fragt nicht nur über Radiologie sondern auch alles mögliches über Chirurgie und Rechts Medizin . Ich konnte nicht alles richtig antworten , und hatte Schwierichkeiten zu verstehen was die Frage richtig betrifft.

Kommentar:

Strahlenschutz gut vorbereiten falls zusätzliche atypische Fragen gefragt werden , und auch Rechtliche Fragen wie diejenige die ich gehabt habe . Man muss nicht alles richtig antworten , er sagt oft : "Das ist gründlich richtig" . Also trotzdem kein Angst . Ich habe die Prüfung bestanden , ihr konnt auch es schaffen :) Viel Erfolg !

Protokoll 49 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2014 - Frühjahr, eingetragen am 25.06.2014

Themen:

GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDISCHER APPROBATION

1. Ein Patient wurde splenektomiert, Abfall Hb am 7 Tag. Weitere Diagnostik und Therapie. Anatomie des Gefäßsystems (weg von A. femoralis bis A. lienalis bei radiologischer Untersuchung). Coiling. Stochastische- und Deterministische Risiko.
2. ARDS, Oxygenierungsindex. SHT beim Kind, Klinik, radiologische Untersuchung(CT, MRT). HWS-Trauma, bildgebende Diagnostik.
3. Ein Patient ist auf Hand gestürzt. Klinische Untersuchung (DMS-Kontrolle), Röntgen. Kahnbeinfraktur. Strahlendosis bei CT-Thorax, CT-Abdomen. Personaldosimetrie.

Atmosphäre:

ernst, zeitweise nervös

Kommentar:

Er fragte viel aus Chirurgie, kaum Strahlenschutz, keine Rö-Bilder. Die Fragen sind häufig schwer zu verstehen.

Protokoll 50 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2014 - Frühjahr, eingetragen am 01.05.2014

Themen:

GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDISCHER APPROBATION
Eine Patientin mit kopfschmerzen .... wie gehen Sie weiter (anamneses , CT scan) Behandlung von aneurysme (coiling)
wie kann der Arzt sich schutzen (kragen ,mantel ,Brillen)
wie können Sie die Strahlung reduzieren ?

Atmosphäre:

sehr nett

Kommentar:

Protokoll 51 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2014 - Frühjahr, eingetragen am 27.03.2014

Themen:

``GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDISCHER APPROBATION``

Ich: ARDS. Ein Patient wurde vor 2 Tage wegen Pankreasnekrose operiert. kommt plötzlich Luftnot auf intensive Station. Röntgen : ARDS. Was sieht man auf dem Röntgenbild? Welches Parameter muss man bei ARDS darauf achten? (Ich habe Allex gelesen und das steht Verhältnis zwischen PaO2 und FiO2 weniger als 200) er hat meine Antwort richtig gesagt. Wir führen ein CT-Thorax durch. Dürfen Sie direkt machen? Nein, der Arzt muss erstmal Fachkunde haben. Wie hoch Strahlenbelastung bei CT-Thorax? (5 msv)
2. Prüfling: Ein Patient wurde auch vor 2 Tage splenektomiert. kommt plötzlich ein Schockzustand. Was machen Sie um Kreislauf zu stabilisieren? Was muss man darauf achten (Drainage = Voll mit Blut) Notfall OP entweder Laparotomie oder Laparoskopie zur Blutstillung (er möchte Laparoskopie hören)
3. Prüfling: Ein Patient ist auf die Hand gestürzt. Klinische Untersuchung von Orthopädie und Röntgen. Was ist die häufigste Fraktur im Handwurzelknochen (Kahnbeinfraktur). Röntgen bei Schapoidfraktur ist insgesamt 4 Ebene (Schapoid-Quartet). Verschluss der Epiphyse (im welchen Lebensalter).

Atmosphäre:

Eine angenehme Prüfungsatmosphäre.

Kommentar:

Er fragte klinisch. Manchmal kann man nicht die Frage richtig verstanden, wie die alte Protokollen beschreibt. Überraschung war die Frage über Orthopädie, die ich niemals gedacht habe.

Protokoll 52 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2014 - Frühjahr, eingetragen am 26.02.2014

Themen:

"GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDISCHER APPROBATION"

- Fall : Ein Kind mit Fieber, Erbrechen und starke Bauchschmerzen. Verfahren. DD/. Untersuchung (Labor, Sono) was erwaten wir. Was kann mann in der Sono bei Kinder ber nicht bei Erwachsene sehen?
Ich hab Appendicitis beantwortet. Welche Untersuchungen. Warum Schmerz bei Appendicitis. Das Schmerzen, warum nicht nur am rechten Unterbauch. Wo liegt Appendix.
- Ein Kind mit Sinus Venenthrombose. Welche radiologische Untersuchung. Hab gesagt MRT und wenn es CT-Schädel braucht, was daraufachten muss. Was muss geschutzt werden? Augen. Was passiert? Er wollte Linse und Katarak hören.
- Andere Prüflingen (teils) : incl. radiologische Untersuchung
Thoraxschmerzen
Beinschmerzen : pAVK

Strahlendosis bei CT Thorax
Was muss bei Strahlenschutz daraufachten?

Atmosphäre:

Gut

Kommentar:

Er fragt über Notfallmedizin, Radiologie (mehr radiologische Untersuchung) und Strahlenschutz.

Protokoll 53 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2013 - Herbst, eingetragen am 19.09.2013

Themen:

GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDISCHER APPROBATION

Strahlenschütz, Kontrollbereich, Kinderuntersuchung für Radiologie (Gehirn, Nieren, Gehirnblutung)
Sensitivität Organne für Radiologie, Wie mann die schütz machen kann.
Erkrankung nach Strahlen-Exposure.

Atmosphäre:

Gut

Kommentar:

Protokoll 54 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2013 - Herbst, eingetragen am 01.09.2013

Themen:

GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDISCHER APPROBATION

Kontrollbereich,Sperbereich,
Dosimetr,
Stochastische- und Deterministischerisiko,
Effekt.dosis bei CT-Abdomen, Rö-Thorax
Strahlenempfindliche Organe,
Erste diagnostische Methoden bei verschiedene Krankheiten und Symptomatik,
Colling,
Anatomie des Gefasssystems(weg von A.femoralis bis A.basilaris)
Colitis Ulzerosa im Rö -Abdomen

Atmosphäre:

sehr freundlich und hilft

Kommentar:

war bischen schwer, weil die Frage nicht so deutlich war, aber trozdem bestanden

Protokoll 55 von 74 Prüfungszeitpunkt: 18.09.2012, eingetragen am 28.09.2012

Themen:

GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG ZUR ANERKENNUNG AUSLÄNDISCHER APPROBATION:
Strahlenschutz
Gruppe A und B (Mitarbeiter)
msV: Kontrollberich, Sperrberich, Überwachungsbereich.
-Dosimeter, Ringdosimeter, Ortdosimeter -untersch.-
-- Stochastische und Deterministischerisiko
--Effekt.dosis RÖThorax, CT Abdomen-Thorax-Becken.
-Naturalstrahlung, Kosmischestrahlung.

-Strahlenempindlichkeit in Kinder, und warum.
-Strahlenempindlichkeit organe.
RADIOLOGIE
Pat. PO Splenektomime, mit Fienber, (2 T. nach), Diagnose? -Abszess-, Behandlung? -Punktion + Drainage

Atmosphäre:
Sometimes He is not so "Klar" on the way to make the questions.
But anyway it works, Just dont make him mad..

Kommentar:
I made this test because of the Approbation. "Gleichwertigkeitsprüfung-

Protokoll 56 von 74 Prüfungszeitpunkt: 01.04.2012, eingetragen am 01.04.2012

Themen:
GLEICHWERTIGKEITSPRÜFUNG:
akute Kopfschmerzen ,wie kann man bei Schwangeren diagnosieren : MRT
Viel viel Stahlenschütz , Kinder radiologie , Rohrhochspannung.wie kann man Dosis reduzieren.Kontastmittel Jod.

Atmosphäre:
Er fragte sehr konfus und wir alle häufig nicht verstanden könnten,was er wissen will .viel zu tief.

Kommentar:
es ging .Die Fragen könnte man manchmal schwer verstehen.eine bestanden ,eine mit hilfe bestanden ,und eine nicht bestanden.

Protokoll 57 von 74 Prüfungszeitpunkt: 06.04.2011, eingetragen am 17.04.2011

Themen:
1. Kontrastmitteluntersuchung Iod (Aufklärung, Gefahren (Allergie), Alternativen >MRT!) Strahlenschutz (Kinder, Schwangere) 2. Röntgen und CT von einem Patienten mit Bronchial-CA und malignem Lymphom (Fenster erkennen, Lymphpakete finden, Röntgen beschreiben)

Atmosphäre:
es ging. Prüfer versucht zu helfen dafür geht manchmal zu viel in die Tiefe, was im Ganzen meist nicht so schön rüberkommt.

Kommentar:

Protokoll 58 von 74 Prüfungszeitpunkt: 07.07.2010, eingetragen am 07.07.2010

Themen:
P1:Rön. bei Kinden Besondheit,z.b warum Rohrhochspannung? wie kann man Dosis ruduziehen?
Warum gibt es bei Rön-Stralung Risik? welch Schäden?
Pat kommt mit Ikteus zu Radilogie, was machen? Gallenwegsdrainage
Pat 75jahr, postpandial Schmerzen, was denken Sie? Anginal Abdominal, wie Diag? Therapie?
Pat postOP,Fiebe, und Abdominalschmerz,DD Absezss. Diag: CT am besten, Therapie: Sono-gesteute Punktion/ Drainage

P2:Grentzwert Dosis bei Kontrollbereich, Fachkunden. Personal Dormeitrie?
Pat kommt bewußtlos, was machen Sie? CCT, zb. SAB, was für eine Therapie?
Pat.Husten, Auswurf, Rön.immer die gleiche Stelle Entlzüdung, was denken Sie? (Bronchail Ca), Vorgehen Diag.

P3:Aortendissektion , lokalikation, warum, Anatomie, Diag und Therapie.

Atmosphäre:
feundlich , nett.

Kommentar:
Seine Fragen sind manchmal schwer zu verstehen, wir haben alle diese problem, man weißt nicht, was eigentlich wissen will, aber er redet gerne, irgendewie kann man doch etwas sagen.

Protokoll 59 von 74 Prüfungszeitpunkt: 31.05.2010, eingetragen am 31.05.2010

Themen:
Eigentlich fragt Dr. Roos jedes Examen dasselbe. Also die Themen sind mehr oder weniger immer gleich: Wo muss man sich melden wenn man sich ein CT kaufen will? Strahlenschutz bei Kindern (->Raster weglassen) Jeder von uns 4 Prüflingen hat auch ein Röntgenbild bekommen. Ich hatte jetzt selber Riesenmetastasen in der Lunge. Er will auch immer die Differnzialdiagnosen wissen. Dann war noch ein Bild mit Sarkoidose dabei. Ebenso ein Bronchial-CA. Er fragt auch gerne interventionelle Methoden ab. (Was machen Sie wenn der und der Patient kommt mit so einem Symptom und kein Chirurg oder Internist ist da?)

Atmosphäre:
Dr. Roos ist bei unsere Prüfung zwischendurch eingenickt, das war ganz lustig. Ansonsten ist er ein sehr netter Prüfer. Er guckt zwar immer so böse aber ist nur Fassade. ALso keine Angst vor dem. Wir waren jetzt auch nicht persönlich bei nem Vorgespräch bei dem. Der hat kurz am Telefon einige Sachen gesagt.

Kommentar:
Also ich muss sagen ich muss sagen, gutes Los mit Dr. Roos :-)
Vorbereiten kann man sich in dem man sich zb Strahlenschutz gut durch schaut, oder einfach mal interventionelle Radiologie durchguckt. Also nur keine Angst.

Protokoll 60 von 74 Prüfungszeitpunkt: 22.05.2010, eingetragen am 22.05.2010

Themen:
Da Dr. Roos sehr konfus fragt und wir alle häufig nicht verstanden haben, was er eigentlich wissen will, fällt es mir schwer genaue Themen zu benennen. Man sollte sich an die alten Protokolle halten. Ich kann nicht viel neues ergänzen.

1. Röntgen-Thorax: wir hatten röntgenbilder zu Sarkoidose, Bronchial-CA, Pneumothorax, Pleuraerguss und Lungenmetastasen (DD: Aspergillose!!)
2. Strahlenschutz (ausführlich informieren vorher!!)
3. Interventionelle Maßnahmen: PTCD, Abszessdrainage, Coiling...
4. Unterschied Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa im Röntgen
5. Womit kann man am besten eine TVT diagnostizieren? --> Sono
6. Welche Aufnahme ist gut, wenn der Weichteilkontrast gut sein soll --> MRT

Atmosphäre:
Dr. Roos ist sehr nett, ist mit jeder Antwort zufrieden und gibt super Noten, auch wenn man gar keine Ahnung von Radiologie hat. Leider fragt er sehr konfus und man hat große Probleme seine z.T. auch schweren Fragen zu verstehen. Davon nicht verunsichern lassen, sondern das was einem einfällt dazu einfach erzählen! Zum großen Erzählen kommt man eh nicht, Dr. Roos beantwortet Fragen auch gerne selber :). Trotzdem ist er mit dem kleinsten Wissen zufrieden und lobt einen, auch wenn die Antwort falsch ist!
Also, man selber wird mit der Prüfung wahrscheinlich nicht zufrieden sein, Dr. Roos ist es aber doch!!!
Keine Angst, auch als 4. Fach ist Radiologie mit diesem Prüfer absolut machbar!!

Kommentar:
Dr. Roos macht keine Vorbesprechung ("trinken sie in der Zeit lieber einen Kaffee, anstatt sich mit mir zu treffen. da haben sie mehr von"). Ich habe per Telefon ein kurzes Gespräch mit ihm geführt, in dem er mir die

wichtigsten Dinge genannt hat.
Man sollte die Basics im Rö-Thorax kennen, Strahlenschutz und interventionelle Maßnahmen sind wichtig!

Protokoll 61 von 74 Prüfungszeitpunkt: 11.3.08, eingetragen am 14.03.2008

Themen:

P1:
-Strahlenschutz bei Kinder (Sono)
-Verschiedene radiol. Untersuchungen Vor/Nachteile.
-Rö.: Sarkoidose Stad.2

P2:
-Strahlenschutz, wo ist die Strahlung mehr, Schwarzwald, oder Nordsee? beruflische risikogruppen (Pilot, Stewardess).
-bei wem beantragt man CT-Gerät bewilligung.
-Rö.:Herzinsuffizienz

P3:
-Strahlen Schutz vergleich verschiedene methoden.
-SAB, was kann der Radiologe machen
-Rö.: Mediostenaler Herd diff. Diagnose: Tb, Sarkoidose, Lymphome, Ca.

Atmosphäre:

Sehr nett, redet selber auch wenn mann was falsches sagt er: Ja richtig ! und redet weiter.

Kommentar:

Ideal
Die Prüfung ist auch für Dummies geeignet !

Protokoll 62 von 74 Prüfungszeitpunkt: 9.9.03, eingetragen am 02.02.2004

Themen:

-Strahlenschutz (Kinder, Schwangere...)
-Kontrastmittel (NW, Komplikationen)
-Diagnostik und mögliche Intervention bei Hypertoniker (Nierenarterienstenose: Stenosegeräusch auskultierbar?, evtl. Duplex-Sono, Angio-MR, Angiographie mit evtl. PTA. Dilatation evtl. nicht sinnvoll bei lange bestehendem Hypertonus, da keine therap. Beeinflussung, außer Nierenfunktion nimmt ab! Komplikationen der Angio)
-Bewusstloser Patient, Diagnostik. Wollte über DD intrazerebrale Blutung auf Basilaristhrombose hinaus. Schnelle Therapie mit rTPA erforderlich. Wollte wissen, wie man von punktierter A. femoralis in A. basilaris kommt (alle Gefäße)
-Pat., post-OP bei Milzruptur, m. Fieber und Abdominalschmerz. DD Abszess. Diagnostik: Sono, CT. Th: CT-gesteuerte Punktion und Drainage.
Bilder: (gut machbar)
-Bronchial-CA und Lymphom (ein Patient, CT Thorax u. Abdomen und Rö-Thorax)
-Herzinsuffizienz mit interstitiellem Ödem und Pleuraerguss
-Sarkoidose (DD Tbc..., will Stadien hören)
-Pneumonie bei Intensiv-Patient (erkennbar an Kabeln... Ursache z.B. Aspiration)

Atmosphäre:

Selbst wenn man vieles nicht kann und auf vieles nicht gleich kommt, ist eine eins echt möglich. Roos redet gerne und viel, was nicht schlecht ist für den Prüfling. Allerdings fragt er manchmal etwas verwirrend, man weiß nicht so recht, auf was er hinaus will. Aber, wie gesagt, er gibt wirklich gute Noten und ist um eine entspannte Atmosphäre sehr bemüht!

Kommentar:
Prüfung ist wirklich gut machbar. In Kombination mit Kurlemann top.

Protokoll 63 von 74 Prüfungszeitpunkt: September 2003, eingetragen am 16.09.2003

Themen:
1. Kontrastmitteluntersuchung Iod (Aufklärung, Gefahren (Allergie), Alternativen >MRT!) Strahlenschutz (Kinder, Schwangere)

2. Röntgen und CT von einem Patienten mit Bronchial-CA und malignem Lymphom (Fenster erkennen, Lymphpakete finden, Röntgen beschreiben)

Atmosphäre:
freundlich

Kommentar:

Protokoll 64 von 74 Prüfungszeitpunkt: 09.09.2003, eingetragen am 15.09.2003

Themen:
- Kontrastmittel (Komplikationen, KI)
- Strahlenschutz (v.a. strenge Indikationsstellung!!!)
- interventionelle Radiologie
  * Ballondilatation
  * Drainage subphrenischer Abszeß
  * Lyse einer Basilaristhrombose

---> Achtung: grob die anatomischen Verhältnisse kennen (Wie kommen Sie von der Femoralis zur Vertebralis?)
- DD. tiefe Bewußtlosigkeit (SAB, ICB, Basilaristhrombose)
- Rö-Thorax am Rö-Schirm:
  * Pat. mit Bronchial - Ca und CLL (Läuse und Flöhe)
  * Lungenstauung (Herzinsuff.)
  * Sarkoidose (DD Pneumokoniose, Tbc) mit Stadien!!!

Atmosphäre:
freundlicher Prüfer
bemüht sich, klinische Fragen zu stellen (Was tun Sie als diensthabender Arzt?)
Fragen sind z.T. recht schwierig und detailliert
Manchmal ist es schwierig herauszufinden, worauf er hinaus will, dann ruhig nachfragen.
Thoraxspezialist, also darauf besonderen Wert legen!

Kommentar:
Insgesamt eine recht angenehme Prüfung. Für uns gab es 4 mal eine eins, obwohl keiner von uns alles gewußt hat.
Also keine Sorge und viel Erfolg.

Protokoll 65 von 74 Prüfungszeitpunkt: 2.4.03, eingetragen am 20.07.2003

Themen:
Zwei Runden: 1)allgemeine Indikationen für Röntgen,CT,MRT,welche Risiken muss man z.B. bei Kindern,Schwangeren beachten
2)Röntgenbild präsentieren:mein Thema: Pleuraerguss bei Globalinsuffizienz
3)Fragen zur Interventionellen Radiologie:Fallbeispiel:Patient mit Ikterus kommt zum Chirurg, der den Patienten aber an den Radiologen weiterreicht.
Herr Dr. Roos möchte an dieser Stelle einiges zur Gallenwegsdrainage hören,also gut anschauen im etwas

erweiterten Lehrbuch.

Atmosphäre:

sehr nett,redet sehr gern selbst und unterstützt durch positives Feedback,man braucht wirklich keine Angst vor diesem Prüfer zu haben

Kommentar:

Protokoll 66 von 74 Prüfungszeitpunkt: 02.04.03, eingetragen am 21.04.2003

Themen:

Erste Runde (Bild - Thorax p.a., wie die anderen Prüflinge auch):
-auf dem Bild ist eindeutig(!) eine große Raumforderung zu erkennen. Man beschreibt zunächst einfach das, was man sieht. Ich sollte direkt mit dem Auffäligsten anfangen (also nicht erst Zwerchfell usw.). Durch die Beschreibung (Größe, Lage, benachbarte Strukturen, Silhouetten-Phänomen, Corona radiata usw.) kommt man langsam zur Diagnose Bronchial-CA. Dann kurze Ausführung/Differenzierung zw. peripherem und zentralem CA. Einige Fragen zu den Folgen: Atelektasen, Verlagerung der benachb. Strukturen Mediastinum, Trachea], Pneumonien. Symptome, die den Patienten zum Arzt führen.

Zweite Runde (alle Prüflinge wurden in zweiten Durchgang zu Interventionsmethoden in der Radiologie gefragt):
- Was können Sie als Radiologe bei einem Patienten mit Lumboischialgie (z.B. wegen Bandscheibenprolaps) therapeutisch unternehmen?
CT-gesteuerte Infiltrationen (Umspülen der betroffenen Wurzel mit Lokalanästhetikum+Kortikoid+KM)

Atmosphäre:

Dr. Roos/Prof. Boos(Pädiatrie)
Sehr lockere, entspannte Atmosphäre (jedenfalls für ein Staatsexamen)
Beide Prüfer geben sich Mühe, die Prüfung als ein Gespräch zu gestalten: Kaffee, Kekse, O-Saft, Wasser. Kann man eine Frage nicht beantworten, heißt es nicht unbedingt gleich Punktabzug. Ich glaube, es ist wichtiger, dass der Prüfer insgesamt den Eindruck bekommt, man hätte sich mit dem Fach beschäftigt und das Wichtigste mitgenommen.

Kommentar:

Dr. Roos hat keine Vorbesprechung gemacht, hat sich aber an die früheren Protokolle "gehalten".
Insgesamt eine "angenehme" Prüfung (soweit eine Prüfung angenehm sein kann). Sobald es losging, hat sich die Aufregung nach und nach gelegt, was auch sicherlich an der Art von Dr. Roos als Prüfer lag.
In Kombination mit Prof. Boos ein gutes Los. Bei uns gab es vier mal eine Eins.

Protokoll 67 von 74 Prüfungszeitpunkt: 02.04.2003, eingetragen am 08.04.2003

Themen:

Prüfung mit Boos (Pädiatrie)/Roos

Jeder Prüfling erhielt zunächst ein Röntgenbild (Thorax, manchmal 2 Ebenen, manchmal Verlauf) zur Beschreibung/Befundung und einigen theoret. Exkursen. Nach der folgenden Pädiatrie-Prüfung wurden wird dann noch einmal zur "invasiven/interventionellen Radio" befragt.
Dr. Roos möchte zumeist nur Stichworte hören und stellt häufig Entscheidungsfragen (a/b). Er führt den Prüfling bis er ausspricht, was er hören möchte.

Leider konnten wir immer nur unser eigenes Rö-Bild betrachten.
1. Prüfling:
a) Herzschrittmacher, im Verlauf Ergußbildung
Diagnose: dekomp. Herzinsuffizienz, Baso-apikale Perfusionsumverteilung (Kranialisation) mit stärkerem apikalen Kaliber, Ödembildung usw.
Fragen zum Strahlenschutz (strenge Indikation, Malignom-Induktion 15%/Sv, d.h. 15% der mit 1 Sv Belasteten entwickeln ein induziertes Malignom, besonders sensible Gewebe, Gonadenschutz), Silhouettenphänomen (d.h. Silhouette verschwindet paradoxerweise, wenn Schattengebendes hinzutritt).
b) "Die Chirurgen schicken ihnen einen Pat. mit starkem Juckreiz, den sie gesund machen sollen. Was erwartet man von ihnen?"
Gefragt war die direkte Hyperbilirubinämie mit stark juckendem Ikterus bei Cholestase (Einlagerung von Bili in Konjunktiven, Haut usw.). Ätiologie (Stein, Pankreaskopf-Tumor usw.). DD per Sono.
Intervention: PTCD/S ? (perkutane transhepatische Chloledocho- ? -stomie) als Ableitung der Galle nach außen. Hauptkomplikation: Gallige Peritonitis, deswegen prophyl. Single-Shot-Antibiose. ERCP wollte er gar nicht hören/wissen.

2. Prüfling (ich selbst):
a) intubierter, beatmeter Intensivpatient, Thoraxdrainage, Magensonde. Verschattung re Oberlappen.
Diagnose: Atelektase re Oberlappen. Ursachen: z.B. Aspiration, Pneu/Barotrauma (Was ist PEEP/PEAK?, Entstehung eines Barotraumas durch zu hohe Beatmungsdrücke), Obstruktion (poststenotische Luftresorption).
Unterschied ambulante/nosokomiale Infektion (Erregerspektrum: Pseudomonas, Staph., Klebsiellen statt Pneumokokk.). DD: Tuberkulose im Primärstadium (nicht postprim.!)
b) "Pat. kommt von der LANO, ist bereits neurologisch gesehen worden, mit stärkstem Hinterhauptsschmerz, der ur-plötzlich auftrat. Was erwartet man von ihnen als Radiologe?/Was sind ihre Fragen?"
Fragen: Übelkeit/Erbrechen, Meningismus, neurolog. Ausfälle, Schmerzcharakter, -lokalisation usw.
Gefragt war die Subarachnoidalblutung (SAB). Vorgehen: Zunächst CCT (immer! und vorerst ohne Kontrasmittel). Erwarteter Befund: Frisches Blut, in 50% sogar im Ventrikelraum, Kompression usw.
Intervention: Lokalisation per Angio-CT oder transfemoraler (!, nicht direkt Carotis interna) Carotis-Angiographie.
"Sie finden ein Aneurysma. Wo? Weiteres Procedere?"
Typische Lokalisation an den Aufteilungsstellen (Communicans ant.), Darstellung auch der kontralat. Carotis und ggf. beider Aa. vertebrales. Überweisung an Neurochirurgie ("Clipping") oder direkte Embolisation mit Coils (Stahl, Platin) oder abwerfbaren Ballons oder Histoacryl/Gel.

3. Prüfling:
a) Rundherd li basal/peripher, Corona radiata (Lymphgef.)
Diagnose: peripheres Bronchial-Ca
Differenzierung zum zentralen Ca, Ausbreitung/Prognose und klassische Symptome, die den Patienten zum Arzt führen (pers. Husten, rez. Pneumonien an identischer Stelle, d.h. poststenotisch), klassische Anamnese (Rauchen, inhalative Noxen usw.).
b) Habe ich leider nicht mitbekommen!

4. Prüfling:
a) Massiv vergößerte Hili bds., feinfleckige Verschattung beider Flügel
Diagnose: Sarkoidose im Stadium 2 (nach Wurm).
Dr. Roos wollte die WHO-Einteilung wissen (hatte keiner von uns parat), die wohl 4 Stadien umfasst: bihiläre Vergrößerung, + beginnende Lungenparenchymaffektion, Progress mit unterschiedlichsten (fein- bis mittelfleckige, diffuse) Verschattungen und Rückgang der Hilusbeteiligung, nicht-reversible Fibrose.
b) "Pat. mit kaltem Bein und starken Schmerzen darin, schon wieder von den Chirurgen"
Gefragt war die akute Verschlußkrht. ("Palor, pulselessness, pain, paresthesia, paralysis, prostration" als Kardinalsymptome) und die Therapie mit (Wattepolsterung) lokaler Thrombolyse (Urokinase, rekomb. t-PA zu teuer, nur bei Verschluß der A. vertebralis). Punktion immer der Gegenseite mit anschließendem

"Crossing-over".

Atmosphäre:

Dr. Roos war sehr zufrieden, wenn er schrittchenweise seine Stichworte hörte und selbst zahlreiche Details/Exkurse einfügen konnte.
Er erwartet nicht so sehr die korrekte Diagnose sondern die strukturierte Herangehensweise (v.a. im Rö-Thorax)

Unsere 12 Tage Vorbereitung reichten locker. Ich habe nur 1,5 Tage auf Radio verwandt und war top-fit (Exaplan reicht!).
Es empfiehlt sich, für die inteventionelle Radio noch ein Fachbuch in den entsprechenden Kapiteln querzulesen (Verfahren, Indikation/KI, Komplikationen).

Wir sind mit 4x "sehr gut" aus der Prüfung gegangen.

Viel Erfolg!

Kommentar:

Roos ist neben Radiologie wohl auch FA für Innere und Patho!
Entsprechend froh ist er, schrittweise die Ätiologie/Pathogenese (!) der im Rö-Bild sichtbaren Veränderungen zu hören.

Protokoll 68 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 2.9.2002, eingetragen am 03.10.2002

Themen:

hat viele allgemeine Dinge gefragt, gar nicht unbedingt so speziell radiologisch
jeder war zweimal dran, einmal theoretisch, einmal mit einem Rötgenbild vom Thorax als Grundlage
Themen z.B.: Lungenkarzinom, Pneumonie

Atmosphäre:

sehr ruhig und nett
fragt solange, bis man auch darauf kommt, was er meint

Kommentar:

Protokoll 69 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 02.09.2002, eingetragen am 05.09.2002

Themen:

Erste Runde: Bronchial-CA, ohne Röntgenbild.
Roos freut sich, wenn er Hintergrundwissen der Pathologie (welche Typen gibt es, welche ist am häufigsten, welche tritt wo auf) und Inneren Medizin (welche Symptome führen den Patienten zum Arzt) mit abfragen kann.
Bronchial-CA kommt peripher und zentral auf, woran erkennt man jeweils den Tumor, welche radiologischen Fachbegriffe gibt es dafür (Paradoxes Hiluszeichen durch Euler-Liljestrand, Riedel/Riegel(?)-Finger (Atelektase hinter Stenose, ACHTUNG: keine Pleuraeinziehung zum Tumor)...), welcher Tumor nekrotisiert am häufigsten und bildet somit einen Rundschatten mit zentraler Höhle?
Nach drei Stunden war die erste Runde Kinderheilkunde und Radiologie beendet, Prof. Kurlemann und Dr. Roos haben sich fünf Minuten intern abgesprochen, danach kam die zweite Runde, die für jeden in Radio weniger als fünf Minuten dauerte:
Meine Frage: Am Röntgenbild erkennen, das der Patient schlecht eingeatmet hat. "Woran liegt das?" Antw.: "Fibrose". "Wo sehen Sie fibrotische Veränderungen?" Kurz gezeigt, Ende der Prüfung.
Wir alle haben übrings eine eins bekommen, obwohl wir wirklich auch vieles nicht wussten

Atmosphäre:

Super nett. Kaffee, Wasser und Plätzchen.
Sehr deutlich zu merken war, dass Dr. Roos sich von uns lenken ließ, d.h., wenn wir etwas erwähnt haben, ist er meist sofort darauf eingegangen und hat es uns erklären lassen.
Außerdem "führte" er einen zu den richtigen Antworten, man konnte fast schon nicht anders.

Kommentar:

Für alle die, bei denen die Zeit auch so knapp ist (bei uns waren es fünf Tage), ein kleiner Tip:
Ein Großteil der Prüfung besteht aus Thoraxbefunden, nichts desto trotz kommen auch andere Innere Organe dran. Von uns ist niemand "Grundlagen der Radiologie" oder Radiologie des Skelettsystems gefragt worden.
Als Bücher eignen sich meiner Meinung nach zum einen das Thieme Buch "Einführung in die Radiologische Diagnostik", und da nur die Kapitel über die Inneren Organe. Und wer genauso wenig Ahnung hat von Röntgenbildern wie ich, dem kann ich nur den Squire aus dem Schattauerverlag empfehlen: Radiologie für Doofe (hier ist die erste Rippe, so fangen wir an, malen sie sich das doch kurz mal auf,...)Auch hier natürlich nur die entsprechenden Kapitel

Also, keine Angst, das ist eine Prüfung, die man in jedem Fall besteht, wenn man nicht komplett auf dem Schlauch steht.Viel Erfolg, und für den Rest das nötige Glück!

Protokoll 70 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 6.11.2001, eingetragen am 21.11.2001

Themen:

Grundsätzlich: Thorax, Angiographie und klinische Fragen. sonst nichts !

Themen: Bronchial-Ca. mit Lymphangiosis carcinomatosa, Angiographie vs. NMR bei jungen Frauen, Atelektase, Pneumonien, Chemoembolisation von Lebermetastasen, pAVK, Subarachnoidalblutung...

Atmosphäre:

Jeder bekommt 1-2 Thoraxübersichtsaufnahmen, die mit Dr. Roos gemensam exploriert werden, sowie 2-3 klinische Fragen.

Alles gut machbar, Dr. Roos ist sehr nett, will viel wissen, benotet aber, soweit man das beurteilen kann, sehr gut

Kommentar:

Ein angenehmer Prüfer

Protokoll 71 von 74 — Prüfungszeitpunkt: Mai 2001, eingetragen am 13.05.2001

Themen:

Meine Themen:
"Mapping": Zugang über die Vena femoralis (ich wußte damit nicht so viel anzufangen, außer das es zur Vermessung eines Organs gemacht wird, war aber nicht schlimm)"
Pat. mit starken Kopfschmerzen, DD Hirnbasisaneurysma, wo lokalisiert; Therapie: Coilen=thrombosieren, u.U.operative Entfernung, Stenteinlage(Kompl.: Materialbruch)
Thoraxaufnahme: bihiläre Lymphadenopathie (polyzyklisch):DD Lymphom, Sarkoidose (Stadieneinteilung, Klinik)

andere Themen:
Thoraxaufnahmen:1. Lungenrundherd, DD Bronchialkarzinom (welche histolog. Typen mit jeweiliger Therapie);2. Pneumonie (Erreger; typ., atyp.; Klinik; Pnemonie bei Bronchial-Ca; Atelektase
Sihouettenphänomen
Pat. mit rezidiv. Hirninfarkten bei peripherer Beinvenenthrombose: Schirmcheneinsatz i. der Vena Cava unterhalb der Einmündung der Nierenvenen

Atmosphäre:

Dr. Roos ist ein netter Prüfer, manchmal weiß man nicht so genau worauf er hinaus will, das macht aber nichts, da er auch weiterhilft.

Kommentar:

Wichtig ist die Thoraxdiagnostik, da jede/r eine Thoraxaufnahme bekommt. Er hält übrigens sehr gute Vorlesungen, wenn bei ihm "Thoraxdiagnostik", ansteht, lohnt sich vor dem Examen das Hingehen auf jeden Fall. Man braucht aber sicherlich kein Detailwissen zu haben.
Du hast mit ihm Glück gehabt!

Protokoll 72 von 74 Prüfungszeitpunkt: Frühjahr 2001, eingetragen am 28.03.2001

Themen:

Folgendes ist nur noch den Protokollen hinzuzufügen: er hält sich dran, damit ist eine Prüfung wunderbar zu schaffen, die zur Verfügung stehende Lernzeit (auch wenn es nur 5 Tage sind!) reicht dafür und das 2. Fach aus. Ich glaube allerdings, daß sich mittlerweile ein paar Themen in die Protokolle eingeschlichen haben, die erstmals vom Prüfling angeschnitten wurden, die aber nicht die Basis der Prüfung sind, dafür lernt sie jetzt jeder, wie z. B. "Blutungskomplikationen im Kindesalter, bestimmte Syndrome, Gelenkbeschwerden ..." Man sollte selbst überlegen, was exotisch klingt!
Hören und Wachsen sind Prof. Kurlemann jedenfalls sehr wichtig!
Warum nicht, man will ja auch Nummer sicher gehen.
Sehr wichtig, weil potentiell abfragbar (Prof. hat Bildertafeln für die Blickdiagnose) sind die Phakomatosen NF, TS, Sturge-Weber und Ataxia teleangiektasia, die man in 3 Büchern quer lesen sollte, dazu kann man nicht genug wissen: Häufigkeit, Vererbung, Komplikationen, Genlokus, Relevanz für die Eltern, Hauterscheinungen, späteres Risiko)
Außerdem: Masern, Mumps, Röteln, Zöliakie, Größenwachstum und Kopfumfangwachstum mit den entsprechenden Krankheitsbildern. Außerdem Fieberkrämpfe und NG-Krämpfe, vorsicht hier gibt es bald Änderungen in der Einteilung!
Wenn man ein Syndrom nennt, sollte man es auch gut kennen, denn dann fragt er nach! (Silver-Rousell, Prader-Willi, Lotos)
Wenn Prof. Kurlemann sagt, "machen sie sich keine Sorgen", dann meint er "machen sie sich keine Sorgen!". Dann lernt man eben ein paar Tage und führt mit ihm eine nettes Gespräch. Er fragt viele Einzelheiten aus seiner Vorlesung ab, die u. U. so nicht im Lehrbuch stehen, besser, die Vorlesungsmitschriften besorgen und durcharbeiten!

Atmosphäre:

siehe oben

Kommentar:

Protokoll 73 von 74 Prüfungszeitpunkt: Frühjahr 2001, eingetragen am 28.03.2001

Themen:

2. Staatsexamen, Radiologie, OA Dr. Roos

Themen:
In der Vorbesprechung (spontan auf dem Flur, da Dr. Roos sehr schwer zu erreichen ist) gab er uns an, daß ihm als Basis die Rö-Thorax Diagnostik wichtig ist. (Er ist der Thorax-Spezialist). Aber keine Angst, auf "echten" Rö-Bildern vom Thorax erkennt man viel mehr als in den gescannten und verkleinerten Abbildungen in Büchern, vielleicht mal auf Orginal-Rö-Bilder in der Mediothek zurückgreifen, dann fühlt ihr Euch sicherer.
Mehr als Rö-Bilder und zum Schluß klinische Fälle mit der jeweiligen radiologischen Diagnostik hat er im Prinzip nicht abgefragt, wollte aber vorher auch nicht Nuklearmedizin o. a. ausschließen. Je Prüfling zwei verschiedene Röntgenbilder und daher 2 verschiedene Themen:

- Grundlagen: abgefragt nur: pa und ap-Bild, wie aufhängen, Orientierung im Rö-Bild: Mammaschatten,

Magenblase, Katheder und Schläuche,
- periphere Bronchial-Ca
- Mitralklappenstenose als Linksherinsuffizienz mit interstitiellem/aveolarem Lungenödem
- Lobärpneumonie (mögliche Erreger) Bronchopneumonie, Aspirationspneumonie
- Grundlagen: Euler-Lielenstrand-Reflex, Kerley-Linien, Pathophysiologie der Stauungslunge
- Tuberkulose (Ghonherd, Primärkomplex), Silikose, Sarkoidose (allerdings auch mit Stadien!),
- Pathomechanismus der Stauungslunge
- allgemein zu obigen Erscheinungen die Differentialdiagnosen

Es gab für die beiden Prüflinge, die erst eine 2 bekommen sollten noch die Möglichkeit auf eine 1 zu kommen (super fair!!!), dafür wurden Fragen zur Subarachnoidalblutung, peripherer Arterienverschluß gestellt: Klinik, Radiologische Diagnostik, Intervention? Hat dann auch geklappt!

Atmosphäre:

Atmosphäre:

Dr. Roos ist sehr nett, er ist nicht "nur" Radiologie, sondern auch FA für Innere und bald für Pathologie. Er meint es sehr gut mit den Prüflingen, hält sie aber vom Redeanteil her relativ kurz. Er legt Wert auf die richtige Benutzung der radiologischen Terminologie. Es ist gar nicht nötig sofort eine exakte Diagnose zu stellen, Beschreibung steht an erster Stelle, die Diagnose erarbeitet er mit dem Prüfling. Er gibt positve Verstärkung und stukturiert in seinem Redeanteil die Prüfung, so daß der Prüfling nur exakt und gescheit - Schritt für Schritt - auf seine Fragen antworten muß. Die Beschreibung der Auffälligkeiten im Röntgenbild gehört aber auch dazu. Wenn was falsch ist, kann man sich aber auch verbessern.
Manchmal ist es nur schwierig zu wissen, worauf her hinaus will, dann erzählt er so lange weiter, bis der Groschen fällt. Je früher er fällt, desto besser ist das natürlich!!!
Ich glaube, wenn man z. B. weis, was der Euler-Lielenstrand-Reflex, eine Kerley-B-Linie, die Corona radiata, das Mendelson-Syndrom, das Silhouettenphänomen ("ach das brachen sie doch noch nicht zu wissen, das verlange ich gar nicht"), Meniskuszeichen, die Zeichen einer Atelektase, Bronchoaerogramm, die Lokalisation der Veränderung, die exakte Definition eines Rundherdes ist und auch Tubus, Magensonde, Pulmonaliskatheder, ZVK, Herzklappen mit Lokalisation, Mediastinalverschiebung, Zwergfellhochstand, Truncus-Pulmonalis-Dilatation erkennen kann und weis, welcher Ventrikel wo liegt und Randgebend ist .... dann hat man eigentlich schon gewonnen! Tip zur Vorbereitung: Lehrbuchkapitel über Lunge, Herz, Pleura und Mediastinum lesen und Felson: Röntgenologische Grundlagen der Thoraxdiagnostik aus dem Thieme-Verlag durcharbeiten, weil es Spaß macht und was für später bringt. Motto der Prüfung: "Einfach nur mal sagen, ist keine Fangfrage!"

Kommentar:

Protokoll 74 von 74 — Prüfungszeitpunkt: 26.03.2001, eingetragen am 27.03.2001

Themen:

Lobär-/Bronchopneumonie, interstitielle Pneumonie (Rö-Bild, Erreger..), Kirley-Linien (was ist das, wie sieht das aus, wann treten sie auf..)
Atelektase (Kompression, Obturation, Restriktion)
Euler-Liljestrand-Mechanismus
Herzschatten beschreiben, Veränderungen erkennen und Folgen herleiten -> Lungenödem, perivasale Verschattungen,...
Aufnahmetechnik (p.a., Seitaufnahme -> Vorteile..)
Lymphangiosis carcinomatosa (Z.n. Mammaablatio),Pleuraerguß (meniskusförmig..)
Sarkoidose (Stadien, Rö-Befund, Klinik -> ziemlich genau; internistische Fragen)
Spannungspneumothorax
Pneumothorax
Bronchial-CA (Rö-Bild und CT: DD, Metastase?, Corona radiata, Blutversorgung)

Zusatzfragen:
Klinik: weißes kaltes Bein -> arterielle Thrombose; Vorgehen (v.a. radiologische Untersuchungsmethoden), Therapie
Klinik: starke Kopfschmerzen -> DD Hirnblutung, Arachnoidalblutung (basales Aneurysma!)-> radíolog. Vorgehen (verschiedene Gerätschaften durchgehen; Frage: was machen sie, wenn das CT defekt ist, etc.), Therapie (radiologische Methoden: Thrombosierung! womit, wie usw.)

Atmosphäre:

OA Dr. Roos setzt jeden Prüfling einzeln vor ein Röntgenbild und die anderen sitzen in der "zweiten Reihe" und schauen zu; Fragen werden nicht weitergegeben;
nette Atmosphäre; Dr. Roos redet gerne selber und läßt einen kaum einen ganzen Satz ausreden, sondern will meist nur Stichworte hören und fragt dann gleich weiter;
Positiv: Dr. Roos führt einen langsam an ein Rö-Bild heran, läßt erst das Wesentliche beschreiben und führt einen dann durch weitere Fragen zu den Dingen, die er wissen will; prüft nur Thorax! keine "Fangfragen"
Negativ: fragt auch dann weiter, wenn man es nicht weiß;

Kommentar:

Die Prüfung ist gut machbar!! Laßt euch nicht verunsichern durch den Redefluß von Dr. Roos;
sehr gute Benotung!

Prüfung ist bald im Kreiskrankenhaus Mechernich mit Prof. Dr. Jonas Andermahr (Orthopädie und Unfallchirurgie), Dr. Med. Peter wirtz (Kardiologie) und PD Dr. Rudolf Hering (Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin)

Mein Patient war Humeruskopffraktur.
Ich würde gefragt, über:
- nerve und Gefäßveränderungen sowie Dermatom . Körperliche Untersuchung, Diagnose und Therapie.
DVT Diagnose und Therapie.
Bronchial-Ca. Arten, Diagnose und Therapie
Pharma: Katecholamine (alles)
Hämorragische shock Therapie
Strahlen Schutz Maßnahmen
Aufklärung Pflicht

Das was ich erinnern kann. Aber das war die wichtigsten.
Ich empfehle Sie , dass Sie sich sehr gut vorbereiten, weil diese Kommission fair ist.

Kenntnisprüfung Mainz 11.2016
Prüfer: Radio, Chirurgie, Innere

Radio:
Lungenfibrose,Sarkoidose, mit Bilder.
Chronische Frakturkomplikation mit Bilder. Mammakarzinom an Mammographie.
Distalradiusfraktur.
Strahlenschäden.

Innere:
Aszitis, VHF, CHADS Score, Hydronephrose Sono.Bild.
Lungenödem. Ulkus duodeni und Ventrikuli. Pleuraerguss Rö.

Chirurgie:
Appendizitis, Sigmadivertikulitis, Rektumkarzinom,
SHF, Colezystitis, Pankreatitis, Weber Fraktur.

Hallo, meine Prüfung war in Rheinland-Pfalz / Uniklinikum Mainz :

-Patientenvorstellung am 12.12.2016 mit Dr. med. Corvinus:
Meine Patientin war chirurgisch, wurde bei GERD Symptomatik bei bekannter Hiatus Hernie mit Magenantirefluxsystem vor 6 Tagen operiert. Ich war allein am Anfang , ich habe 30 min gebraucht , um die Akte der Patientin durchzulesen. Dann bin ich alleine zu meiner Patientin gegangen und habe die ganze körperliche Untersuchung in 15-20 min durchgeführt. Dr. Corvinus ist gekommen , ich habe die Patientin Vorgestellt (er wollte nur Die Zusammenfassung , dass heißt 70 jährige Frau...., Hauptdiagnose und Operation , Relevate Anamnese , Vorerkrankungen und Voroperationen, auffällige Befunde bei der Untersuchung... etc) dann ich habe ihm gezeigt wie macht man bestimmte Untersuchungen (er sagt zum Beispiel zeig mir wie machen Sie die Untersuchung des Abdomens, des Herzens, periphere Pulse , ... Etc)
Wichtig ist , dass du alles schreiben muss , du kriegst wie einen Papierbogen und du muss alles schreiben, er nimmt die Originale und du kannst eine Kopie bekommen.
Die Prüfung war insgesamt 2 Stunden lang, aber nicht sehr schwierig, (siehe 1st Kommentar 40 min Video für die körperliche Untersuchung)

- Kenntnisprüfung am 16.12.2016
Prüfer : Chirurgie (Dr. Med. Corvinus) , Innere Medizin (Dr. Med. Brill) und Radiologie (Prof. Dr. Med. Thelen)

Der Chirurg und der Internist haben sich mehr auf meine Patientin von der Patientenvorstellung-Prüfung konzentriert.
(alles was die Patientin hat wurde gefragt, echt alles)

1- Chirurgie : ich musste die Patientin wieder kurz vorstellen, wurde gefragt(Ich und der andere Kollege: GERD , Hiatushernie, Stammvarikose , pAVK, Divertikulitis , akutes Abdomen, DD re Oberbauchschmerzen, DD links Unterbauchschmerzen(vor allem bei Frauen), Chronische entzündliche Darmerkrankungen, Osophaguskarzinom , Berret, Achalesie , Hernieformen , Leberzirrhose , CHILD Klassifikation , Cholezystolithiasis, Cholezystitis , Polytrauma und paar andere Fragen , ich hab nicht alles im Kopf. Aber er fragte alles von Pathophysiologie bis Therapie und Nachbehandlung. Das heißt du musssssssss alles was deine Patientin hat und rechtig gutttttttt vorbereiten.

2-Innere Medizin: Diabetes Mellitus Typ 2 (von Definition bis Therapie und kurz über die Unterschiede zwischen den verschiedenen oralen Antidiabetika, also alles über DM, eben DM typ 1) , Metabolisches Syndrom , Herzinsuffizienz , art. Hypertonie, Adipositas , BMI , HbA1C , GTT , er hat auch über ihre Medikamente gefragt , (zum Beispiel , lasix oder Torem: neben Wirkungen bla bla , Drug Interactions , Indikationen , Kontraindikationen ...etc), GERD, Synkopen , AVB , Karotissinussyndrom, Myokardinfarkt , Troponin , Thorakale Schmerzen , Nachbehandlungsplan bei Patientin z.n. karzinom , Pshychotherapie ist sehr wichtig bei solchen Patienten, palliative Patienten , darf ein Palliativpatient rauchen oder Alkohol trinken ? (JA, er darf alles was er will essen oder trinken) , wenn der Patient sagt ich will kein mehr und er ist klar , was würdest du machen ? (ich mach was er will und dokumentiere alles) ,,,,
Dr. Brill ist sehr sehr nett, manchmal fragt er komplizierte Fragen , wenn so sag einfach ich weiß nicht 🙂 ,

3- Radiologie (er zeigt die Bilder und fragt dir von diesen Bildern) : Sarkoidose , Lungenfibrose , Interstitielle Lungenerkrankungen , Dekompensierte Herzinsuffizienz , Asbestose , Skiliose , Mammographie Befunde bei Mammakarzinom , Formen von Mammakarzinom , was ist Paget Karzinom ?, klinische Zeichen bei Brustkarzinom, Pneumpthorax, formen , Spannungspneumpthorax, ,mechanismus , radologische Zeichen , therapie , normales Thorax-Röntgen, MRT LWS , Anatomie (alles im Bild musste ich zeigen) , bis wo läuft den Rückenmark ? And was läuft danach ? WK-Fraktur , Radiusfraktur , Namen von Handwurzelknochen..... Und paar andere Fragen)

Bücher, die ich empfehele:
1- 50 wichtigste Fälle Innere Medizin
2- 50 wichtigste Fälle Chirurgie
3- Protokollen von Dr. Brill und Prof. Dr. Thelen von dieser Facebookgrzppe sind staaark empfohlen
4- Amboss-App ist seeeeehr wichtig , da viele Details fehlen in den obengenannten Bücher

Sprache: sprich klar, langsam und einfach

Themen zu Lernen für Gleichwetrigkeitsprüfung
Hier sind die wichtigste Themen zu lernen
Unten steht alle letzte Examprotokollen in Rheinland-Pfalz in den letzten Monaten.

Innere Medizin
- Herzinsuffiezienz, Herzrythmussturuengen (VHF), Angina pectoris, Herzinfarkt, Aneurysmen, Endokarditis, Hypertonie, Phlebothrombose
- Bronchitis, Asthma bronchiale, Pneumonien, Cor-Pulmonale und Pulmonale Hypertonie, Lungenödem, Lungenembolie, Bronchialkarzinom, TB.
- Ulcus duodeni, Ventriculi, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Sprue, Hepatitis, Leberzirrhose, Aszites
- Anämie, Akute Leukämie, Maligne Lymphome, Plasmozytom, Verbrauchskoagulopathie
- Hyper und hypokalemie
- Akutes Nierenversagen, Chronische Niereninsuffizienz, Nephrotisches Syndrom, Glomerulonephritis, Pyelonephritis, Nephrolithiasis
- Diabetes insipidis, M.Basedow, Hypothyreose, Thzreoiditiden, M. Cushig, Phäochromoyztom, DM, Gicht
- Mononukleose, Borrelose
- Apoplex
- Kortikosteroide Nebenwirkunen

Chirurgie
- Allgemeinen Op-Risiken, Wundheilung, Wundbehandlung
- Abzess, Phlegmone, Empyem, Sepsis
- Akutes abdomen, Ileus, Mesentrialinfarkt, Akute gastrointestinale Blutung (obere, untere)
- Thoraxtrauma, Pneumothorax
- pAVK, arterielle Embolie(Verschluss), TVT
- Hernien, Magen-CA, Colon-CA, Rektum-CA, divertikulose und divertikulitis, akute cholecystitis und gallen steine, akute pankreatitis, Pankreas-CA, appendizitis
- , Ober Extremität Fracturen, Becken Frakturen, Untere Extremität Frakturen außer Knie, Kompartment Syndrom, Crusching Syndrom.
- Brust-CA, Schilddrüse-CA
- Gehirn-Trauma
- hoden torsion

Pediatrie
- Apgar-Score, Nabelschnur-PH
- Minderwuchs
- Wuchskurve
- Hyperbilirubinämie
- Phenylketonurie
- Varizellen-Zoster, Infektiose Mononukleose, Masern, Mumps, Röteln, FSME, Borreliose, Pertussis, Scharlach, Diphtherie
- ITP, ALL
- Erbrechen bei Kinder, Hypertrophische Pylorusstenose, Invagination, Zoliäke, Akute Gastroenteritis
- Frendkörperaspiration, Tonsilitis, Otitis media, Pneumonien, Infektkrupp, akute Bronchitis, obstruktive Bronchitis, Asthma bronchiale, Mukoviszidose

- HWI, Nephritisches und nephrotisches Szndrom, Poststreptokokkennephritis, Minimal-change-Glomerulonephritis, Hodentorsion
- Zentrale Krampfanfälle, Fieberkrämpfe, Hydrozephalus, Meningitis
- Impfung komplett (Neu STIKO august 2013 im internet)
Schonlein-Henoch Purpura

Gleichwertigkeitsprüfung am 10.09.2014 in Mainz, Rheinland-Pfalz
Innere: Prof. Dr. Dippold
Kolicschmerzen DD, Nierensteine, Gallensteine, Untersuchung, diagnose, TT
Infectious Mononeukleose, Portal Hypertonie, Hypercalzämie
Art. Hypertonie,

Pediatrie: Dr. Hibert
Schonlein-Henoch Purpura (Hautausschlag nur an den Beinen), FSME, Borreliose
Impfung komplett , Infekt Krupp, Pertussis

Chirurgie: Dr. Hisler
li. lateral Bauchschmerzen DD, (Alle akut abdomen DD), er wollte Divertikulitis
Hernien, Colles #, Ulna Olekrenon #, Untere GI-Blutung, Appendizitis

Dr. Laakmann (Innere), Dr. Werner (Chirurgie), Dr. Dittrich (Pädiatri)
Chirurgie:
Cholezystolithiasis mit Sonobilder, Symptome, Komplikationen, Labor, Choledocholithiasis.
Skidaumen, eine ulnare Seitenbandruptur-Photo, Therapie (nur operativ), Traumamechanismus (Skifahren), Komplikationen.

Rektale Blutung - DD, Diagnostik, Kolonkarzinom, Staging, Tumormarker, Therapie.
Behandlung nach Frakturen (aktive Bewegung), Defenition und Ziele.

Unterbauchschmerzen, Anamnese, Untersuchung, Labor, Sonobild von akuter Appendizitis.

Innere:
EKG- TAA bei VHF mit Hinterwandnarbe, Medikamente für Frequenzkontrolle (Amiodaron), CHADS2-Score, Komplikationen, Antikoagulationsmöglichkeiten, Heparindosis und Komplikation (HIT)
Lungenödem, Therapie, ink. NIV und Intubation.

Luftnot, DD. Rö-Thorax mit Pleuraergüss, Behandlung, DD: Empyem, Tbc, Tumor..., Punktion, bei Rezidiv ... VATS.
Spontan Pneu- Spannungspneumothorax, Diagnose, Therapie, Emphysem bei 20-jährigem Patient... AT1-Mangel.

Patient mit Schocksymptomatik, Erstmaßnahmen.
EKG mit STEMI- Therapie.

Pediatrie:
HWI bei Säuglinger, Diagnose, Therapie, Sono- Harnaufstau - Ursachen, Behandlung.
Guthrie-Test.

Kind mit multiplen Hämatomen, DD Missbehandlung, DD ITP, Labor + Knochenmarkbefund.

Erbrechen bei Kinder, Ursachen, Invagination, Pylorusstenose, zentrales Erbrechen. TE-Fistula.
Apgar-Score.

Dr. Brill (Innere und Allgemein Medizin), Dr. Dahm (Chirurgie), Dr. Hoffart (Pädiatrie)
Meine Fragen waren :

Pädiatrie :
- Masern Komplikationen
- Enzephalitis Management bei Kindern
- Kortikosteroide Nebenwirkunen
- Chusching's Syndrom : klinisches Bild, Behandlung
- Minderwuchs : Ursachen, DD
- Wuchskurve
- Zoliäke : klinisches Bild, diagnostische Maßnahmen, Behandlung
- DD des schleim-blutigen Stuhls
- Chronische entzündliche Darm Erkrankungen : chirurgische Komplikationen , Behandlung

Innere Medizin :
- Bronchiale Asthma : Formen, Ursachen, Behamdlung, Komplikationen
- COPD : Ursachen , DD, Komplikationen
- Cor Palmonale ; Behandlung
- Asbestos : komplikationen

Chirurgie:
- Aneurysma: Typen, Ursachen, häufigste Stellen, Komplikationen, Behandlung, chirurgische Maßnamen
- Kompartment syndrom : Ursachen, Behamdlung, Komplikationen
- Crush Syndrom ; Ursachen, Behamdlung, Komplikationen

Mainz 28.3.2014
Pädiatrie : Dr. Hoffart

ein man will mit seiner Tochter Nach Ägypten reisen, welche zusätzliche Impfugen empfhelen Sie !
FSME :Therapie, Komplikationen, Impfung ist empfholen oder nicht !
Dpt : Auffrischimpfung ! was neues ist)in mein Buch steht nur DT, und keine Pertussis mehr) ist alle 3 Impfungen
6 J Kind mit fieber und Husten : DD
Tonsilitis :Klinik, Therapie
Penicllin Allergie : therapie mit Dosis(Prednisolon, Adrenalin)
andere Kollegen Fragen : Röteln, Mumps : komplikationen, ZMV, NIkotinabusus und Alkoholabusus in Schwangershcaft, Meningitis, Mukoviszidose
Kind mit HB 7g und blass : DD , Diffrenstial BB erklären , Blut Transfusions

____

Innere: Dr. Brill
weil ich in Reha Klinik arbeite : wie kann man AHB beantragen ! fragen über Versicherungs, Arbeitsfähig, Eingliederung
pt in stationäre Behandlung Z.n. Hüft TEP auf dem Boden in Zimmer bewustlos gefunden, was mache Sie !
ABCD regel (Details), Therapie
Hypercholesteramie Therapie , er wollte auch neu Therapielinie ,1ry Prevention , 2ry Prevention !!!
andere Kollegen : Anruf von eine Frau, ihre Ehehman mit suizidversuch und er will kein Arzt
was machen Sie?!, HbA1c, DM l,ll,hypoglykamie

____

Chirurgie: Dr. Schniepp-mendelson
Pavk: Ursache, Therapie
Shädel Hirn Trauma
andere Kollegen: T.B, Schilddrüse CA, Schenkelhals Fraktur

Pneomonie,legionella pneomonie..Myokardinfarkt. Art. Hypertonie.,Medikament , lungenemboli .
Erbrechen beim Kinder, Ursache. Husten, Ursache

Gleichwertigkeitsprüfung am 21.05.2014 in Mainz, Rheinland-Pfalz

Herr Prof.Dr.med. Dahm (Chirurgie)
Herr Prof.Dr.med. Dippold (Innere)
Dr.med. Hoffart (Kinderheilkunde)

Drei Kandidaten : meine Person, eine Kollegin aus Libyen und ein Kollege aus Russland, der durchgefallen war

gefragte Themen:
Mucovisidosis, Bronchial Asthma, Pneumothorax, Allergien, monitorin auf der Intensivstation, Pulmonale HTN, seltene ZVK Technikes, pulmonalis Kathetheruntersuchung, Herzkathetheruntersuchung, Bronchial-CA, PET-CT, Empyema, Knochen(primäre und sekundäre

Heilung, sichere und unsichere Frakturzeichen, Behandlungsverfahren, Komplikationen, ... also, alles was Knochen betrifft), Anämie, Blut im Stuhl, Bauchschmerzen, dickes Bein, Nierenversagen, Luftnot, Schädelhirn-Trauma, Epilepsie, Impfungen, Kinder-Infektionen.

Allgemeine Hinweise:
die Prüfung wird und darf nur auf Deutsch durchgeführt
man kann den Prüfer quasi leiten
wenn du es nicht weisst, erzähl kein Märchen
mann hat alles im Studium gelernt, deine derzeitige Tätigkeit ist sowas von egal
sei nicht so ein Schatz und sag ; ich werde mein Hintergrundnachfragen

Chirurgie:
rectal Blutung Ursachen, Rectal Karzinom cm in Rektim , Behandlung nur Namen der Operationen , (er habe mir gesagt, er moechte keine Details)
Alte Patientin mit innen rotatet verkurzt Bein Diagnose und Behandlung und ich habe nur gesagt Femauhals Fraktur und TEP
andere Kollegin: Courvoiser Zeichen und er woellte mi ihr über Pankreazis Karzinom sprechen, aber sie konnte nicht gut antwortrn
Kommenst Fraktur uberhaubt , Radias Fraktur, Typen, Behandlung, nur Namen
andere Kollegin: warum Hernie bei Manner haufiger und Namen der Hernie OPs

Pediatrie
FSME alles sehr wichtig, Patient blasse und Bauchschmerzen Leukemia, Behandlung (er moechte nur Polychemotherapie und Stammzell Transplation hören)
Fieber Krampfanfalle kompliziert und nicht kompliziert
Impfung nur 7 Impfung und wann
Infekt Krupp alles

The Commision was held by: Dr.Hoffart (Paediatrics), Dr.Brill (Internal and General Medicine), Dr.Schneippssohn (Surgery)

We were three
Me (Anaesthesiolgy experience for 1 year in Germany and no experience in Egypt)
N. (a nice Lady from Libya with 5 years Internal Medicine experience in Germany),
and an ukrainian elder guy (with 10 years+ Dermatology experience in Germany

Questions:
Paediatrics: -starts with a so easy case (z.B Husten mit Katzen Kontakt-->dann, alles über A.bronchiale, mit fortgeschrittenen Fragen d.h Sie fangen mit ganz einfache Frage und dann, schwierige Fragen am ende kommt (und dass waren auch nicht so schwer z.B RAST, und Haut-Prick Tests,..usw) -Neugebornen Vitalität Beurteilung von A-Z (aber dass heißt nicht dass muss Man alle die Informationen einfach im einmal listen; wie hab ich früher gesagt Fragen kommt (Step by Step). -Neugebornen Screening, Neugebornen Untersuchung (alle die Frage kommt mit (Wie, Warum?), so muss Man etwa über die Physiologie lesen. -dann ein Fall von einem Kind mit Gedeihstörung und GI Symptomen-->Zöliakie und CF (Aber dass war auch sehr komisch weil der Ukrainer kein Wort gesagt hat, trotz bestanden! to sum it

up: -I did ok with him (70-80%) -The libyan lady did a little bit less (maybe 50-60%) -The ukrainian almost didn't open his mouth (less than 20%(

Internal and General Medicine: For me that was the worst exam ever, Dr.Brill is a little complicated and never asks direct questions, I really can't remember his question because I was so nervous and I wasn't even looking at his Face during the exam 'and that was a great mistake' (bas ana kong weslet le mar7ala ma3ah eny fe3lan mesh taie2 ommo ma3eno walahy tayeb we fe3lan bei7awel yesa3ed bas as2elto fe3lan fe3lan badeena), but questions like Meningiococcen Vaccines types, Antibiotics types in details, Nosocomial infections, what vaccine should be given during Hajj season, (as2ela ba3bosa men haza el qabeel). to sum it up: I did so bad with him (maybe less than 40%) the libyan lady did a little bit more (50-60%) the ukrainian did very well with him (over 80%(

Surgery: that doctor was the nicest of them all, his questions were so direct plus he was really really helpful, questions were like: -Appendizitis, Divertikulitis (Zeichnen für App. sind wichtig btw) von A-Z. -Humeruskopf #, von A-Z -Hirnschädeltrauma (Typen, und Behandlung) -Pneumothorax, Lung Herde DD (Abzsess, TB,...usw) to sum it up: I did well with him (around 80%) the Libyan did more or less ok (50%) the ukrainian did also well (around 80)

Rheinland Pfalz (Mainz 11.06.2014)
Dr. Hoffart (Innere), Dr. Werner(Chirurgie), Dr. Dittrich(Pädiatri(

Dr.Hoffart (Innere): beacuse the examiner aplogized at the last moment
Diabetes Insipidus (Types , Caueses , Treatment and how... Arginin-Vasopressin nasal spray(
Picture for Psoriasis at elbow region , How te detect focus (Skeletal Szintigraphy) and How to treat Skin manifestaion (He want to hear salicylates) and How to know if infection occured (Usually Systmic so Labor and CRP)
Case for a 18 years old female with manifesations of IMN (LN,Splenomegaly,Belaeg Tonsillitis,Fever) Complications , Rapid test for diagnosis if u diagnose at 5 P.m. (Labors are closed) Only Monospot Test , Traetment Bed rest is essential , Anti-Pyretics (Novalgin+Ibuprofen+perflgan) and if bakterial superinfektion Never Amoxicillin that caues rash(
Broncial Asthma in details , Diagnosis (Haut-Test) and Treatment

Dr. Dittrich(Pädiatrie)
Picture of a kind with Periorbital Haematom (Approach you will follow , Missbehandlung is important(
If trauma CT Schaedel from base and nach oben , CSF Rhinorrhea exclusion.
ITP (In any Gerinungprofile Thrombozyten and Fibrinogen are important +.......)Acute ITP and Chronic and when to need therapy if count under 30.000
Periventricular Hemorrhage u diagnosed what will u think about later (Obstructive Hydrocephalus) and how CSF is formed?
An Important Complication for a prolonged Hypoxie in a newborn (Almost he said everything but not what in the examiner mind) he told him look for it in the german books (i think PDA because he talked only about CNS and Resp. complications(
Picture of MCU and details in Diagnosis about VUR and causes
Picture of Pyloric stenosis and another for invagination and treatment.

Dr. Werner(Chirurgie)
Picture of Open Book Fracture , Polytrauma , Blood loss up to 5 L

Spleen Ruptur and treatment (very important if u will tranplant autologe at Omentum Majus and Vicryl Netz + OWSI after(
Ileus..The most Cauese in young age (Bride=Adhesion),signs of acute Abdomen (Labor and Rontgen) if perforation right or left side(sure better right side(
Mechanism of Ileus Post-Op spine surgery (He worked in Unfall) autonomic nerve plexus injury
cancer Throid and details about classisfication and treatment

Mainz (02.07.2014)
Brill (Innere) , Schnider (Chir.) , Habermehl (Kinderheilkunde)

Innere: (Brill)
i.v. Schmerztherapie in Details, every drug with the most important and common side effect
z.B. Novalgin (Agranuoloctosis, Kreislauf) , Morphine (Atemdepression , Nausea and How u manage both in Reuttungswagen (O2 witn Laryngeal Mask or tube , ETT not prefered as it need the performer experience , Meto+Steroid+Zofran) , Ketamine (Hallucination and Antidote Barbiturate and examples he wanted the newest one ?? I did not answer this actually).. Tramdaol , Buscopan , Oxygesic . usw.
HPV types (45) carcinogenic (16,18,31,33) cancer risks (cervix+vulva+larynx) HPV Vaccine, type and when? Basically 12-16 years , older women for which risk group = Prostitutes , new study to males and Why? prevet infection transmission to women
What can HPV cause in males (condyloma) where ? Penis at glans and underside the shaft ..where else anus in Homosexual
Finally, 18 y old mas with red eye enlarged eye lid and too many sentences i did not get them ...DD (Infection , Allergy , Trauma, Dermatomysositis) OK ..Infection on lacrimal gland .Name? Dacroadentis . Treatment (Clindamycin and Fucidin , he wanted also Ciprofloxacin and Fluroquinolone) Komplikation (Cavernous sinus Thrombosis and Orbital Cellulitis and Abscess he wanted also to hear Phlegmon(

The Syrian College (Gynecology)
Post-traumatisch Somatoform disorder criteria (The most important No Trauma ...Psychosomatic disorders .... then too many statements about too many things about how to manage an adult crying ..will u take the history in front of the family .NO..what will u say to them and to ur college in another department R u allowed to explain what he had...Actullay i did not concetrate about this silly Topic..i always hate it ..i said 2l7amdolah i am not in his position then finally i woke up at the end about Schlaffmedikamenta New drug from the zolam Family i forget it ..anf Pflanzen treating leicht bis mittelschwer Schlaffstoerung (Johannus moch 3aref 2eh(

The Afghani College (Innere)
HSV , Guertelrose (VZV) and vacinne in child , adults ,Effects on Pregnancy , ABCD in details stress upon (30:2 and not why s before 15:1)Defibrillator usw.

Kinderheilkunde (Habermehl)
Trinkschwaeche in NG..DD (NG sepsis , Herz Vitium , Stoffwechsel Erkrankung...) So Sepsis Organism (Strept.B +E.Coli) Klinische Diagnose (he wants to hear Hypothyremia not fever)Labor (Blutkultur , as Leuko and CRP not Conclusive for infection in NG) then Tretament AB (Cefuroxim , Amoxicllin(
%of Herzanomalies in NG (1-2%(
Up to date Vaccines before first year ..Why BCG not in Germany? Schutzimpfung less than 50%
Splenektomie in child 4 years.. What vaccines Hib,Pneumokokken,Meningokokken in details
Synflorix , Pnemovax 23 , Prevenar 13 (the longest duration(

Menhibrix , Mening C , Mening A,C,W135,Y and the newest Mening.B

The Syrian College
UBschmerzen DD ....HWI , Hodentorsion usw,.....
Meningitis in details and Water-Haus and DIC ...in Details
Missbehandlung about multiple injuries in a kind with deny from mother

The Afghani College
APGAR , Mangaement with score 2 , Mangement with score 7 , Ikterus Approach in Details and causes

Chir. (Schneider)
Divertikulutis ..Definition , Site , Risk Faktors, Age , Diagnosis (Labor und Radiology), Kalssifikation (Hansen und Stock) treatment of every stage
I , IIa : AB and why Clont (Anerobic(
IIb : Elektive by Lapraoscope or Interventionell CT-guided
IIc : Notfall through laparotomie (End zu End or Colostomy mit Anus Praeter) The decision depends on the time of diagnosis and state of intestine
Colon-CA und Rektum-CA
Diagnostic Approach and for staging... as normal stepwise approach (he waited Endosonographie and CEA) Lymphdrainage , Circulation (Portal and Systemic) Riolan Anastomosis
Operations and for which state (he wanted to hear TEM and TME(
Femurshalsfraktur in Alter Why ? Osteoprose ?what other fraktur types nearby (Kopf,Prae-and Subtrochantiric) , Behandlung nach Pauwels , Why Old age Prothese and younger DHS (More candidate to kopffemur Necrose) so what is blood supply of femurkopf

The Syrian College
Akute Abdomen ..New Definition , Causes: Append(50%) and details Mcbuerny, other signs in details (Psoas sign retrocecal) Labor (Leuk more than CRP) when Laporot and Laporoscop (more for diganostic overview and unsure diagnosis(
Unterarm Fraktur colles Fraktur and the others.....

The Afghani College
Cholezstisis , Cholangitis , Choledochus , risk faktor ,in 30% of females , Lapor, Kocher Incision (Old) , ERCP usw
OSG und Weber Fraktur

Dr.Hoffart Kinderheilkunde
Frau Dr. Werner Chirurgie
Frau Dr. Deckers Innere Medizin

Chirurgie:
- Welche Frakturen wessen Sie bei Kinder? Behandlung?
- Distal Humerus Fraktur, Humerusschaftfraktur , Colis, Smithes.
- Chassaignac-Lähmung: Was? Wie ist passiert? Behandlung?
- klavikula Frakture bei neugeboren? Komplikation? Behandlung ? Behandlung die Komplikation?
- Welche Chirugische Krankheiten wessen Sie, die konservativ behandlung muss?

- Frau bei Kartenarbeit mit fuß schwellung und rötung? DD: Trauma? Erysipel? was ist Erysipel? Klinik? Behandlung?
- Haut Tumoren? BCC- Kaposi-
Melanoma? Was ist die haupt Sache? Wo sind häufig metastasen?
- Meine Kollegen Fragen: Appendizitis? Colon Ca? Oberschenkelhals Fraktur? sprunggelenksfraktur? divertikulitis? ileus?

Innere Medizin:
- 40 Jahr Mann ist auf dem Boden in Straße gefunden und im Kranken Wagen hat Teerstuhl ?
-Ulcus- Osophagus Varizen- Mallory weiß ?? Jede Ursache und Behandlung ? Was machen wir im Notfall?
- leber cirrhose ? Ursache? Klinik und Zeichen?
- Makrozytäre Anämie?DD
- 25 Frau kommt von Urlaub von Turkei mit Durchfall seit 5 Tage ?DD ? Was machen wir und welche untersuchungen? Behandlung? Dann Behandlung wenn campylobacter?
- Noro Virus vs Clostridien ? DD ? Klinik? Zeichen?
Meine Kollegen Fragen: Akute Pancreatitis? Schmall QRS Komplex ? Lungen Embolie?

Pädiatrie:
- 10 Jahr nach Pferdereiter kommt mit Atmnot? DD Asthma? Behandlung?
- Allergien? Untersuchungen? Desensibilisierung??.
Meine Kollege Fragen: Alles über Meningitis? Epiglottitis? Harnweginfekt? Tonsilitis?

endlich geschafft. In Mainz, Prof Dr. Dahm (Chirurgie), Dr. Buggenhagen(Anästhesie), Dr. Hock(Innere).
Der praktische Teil war in Westpfalzklinikum in Kaiserslautern bei Prof Dahm in die Abteilung für Thorax-,Kardio- und Gefäßchirugie. Mein Patient hatte alle mögliche Manifestationen von Atherosklerose, Stents und Bypässe überall, also, KHK, pAVK, Schlaganfall... ziemlich große Anamnese... Dann hat Prof Dahm noch Rtf Thorax gefragt, EKG grob, Thoraxdrenage (was sind die Teile, wo kann man sehen ob es Luftleck gibt, Heimlichventil), alle perifere Pulse wie man tastet.
Am nächsten Tag in Mainz wurde ich von Dr. Hock das Virgehen beim positiven Haemoccult test, was alles die Ursache sein kann. Dann ulcus vebtriculi, ulcus duodeni Äthiologi mit der Frage wieviel % der Ulcerla verursacht HP. Dann colirectales Ca, weiter mit den Ursachen und Symptomen von dem Schlaganfall inklusive der unterschied zwieschen zentrale und periphere Facialisparese. Der Kollege wurde Bronchialeskarzinom gefragt.
Prof Dahm hat generell über Aneurysmen gefragrt,alles, alle einteilungen, wie man welche therapiert, sowohl der Aorta als auch der arteria poplitea, Aortendissektion, symptomen einteilung und Therapie. Der Kollege wurde Spannungspneumothorax gefragt.
Dr Buggenhagen hat gefragt was macht man wenn ein unbekanntes Mensch bewustlos gefunden ist und was alles die Ursache sein kann. Therapie der Hypoglikämie, dann ekg mit AV Block 3. Grades und Th. Der andere Prüfling wurde Anaphylaxie gefragt.
Insgesamt hat 2 Stdunden gedauert. Beide haben wir bestanden. Man muss natürlich nicht alles wissen aber je mehr man weiß desto mehr wird man gefragt. Und nie darf man erwähnen ein Begriff mit dem man sich nicht ausckennt.

Meine Klinische Prüfung war in Westpflaz klinik mit Prof. Dahm, mein Fall war Bronchialkarzinom mit z.n. Lobar resektion (aktuell), und Z.n. Myomentfernung und adnexektomy 2012 bei Bekannter COPD und Hypertonie .
Ich hatte genug zeit etwa 2 Stunden weil der Prof beschäftigt war, also habe ich alles ausführlich gemacht bevor er kam(ich wusste narürlich anfangs nicht das ich soviel Zeit bekomme da hiess es max. 1 Stunde und ich war die ganze Zeit unter druck), danach kam er, und wollte die aktuelle Anamnese dann klinische Befunde, dann als ich sagte periphere Pulse palpable hat er mich gestoppt und Fragte ob ich ihm zeigen könnte wie ich das gemacht habe, danach kamen noch Fragen über die Diagnose und Therapie und wie es sein wurde wäre es eine SCC . Danach gingen wir zum PC und er Zeigte mir Röntgen und dazu mehrere Fragen und danach CT und über die verschiedenen Fenster (weichteilfenster und Lungenfenster) .
Am nächten Tag hatte ich die Mündliche in Mainz mit Frau Dr. Boom , Dr. Fichtner, Prof Dahm. Frau dr boom fing mit mir an und gab mir ein BB der Hämolytischen Anämie und Fragte unterschiedliche Fragen darüber bis zu retikulozyten und vorstadien der unterschiedlichen Blut Komponenten , danach EKG einer Re entry Tachykardie und wollte DD.
Dann kam Dr. Fichtner und Fragte nach Schock und da war alles dran, alle Schock Arten wie therapieren wann darf man Flüssigkeit geben wann nicht , was ist Sepsis und alles über Septischer Schock , Anaphylaktischer Schock Therapie , Kardiogener Schock Therapie, was für Flüssigkeit Substitution gibt es , welches geben, indikation für Blut tramsfusion bei jungem Mann mit Hb abfall auf 8 . Dann noch BGA .
Prof Dahm hatte mich Über PavK , Carotis stenose und Bauchaneurysma gefragt (einfach alles quer durch)

Hallo Zusammen,
am 14/10 habe ich die medizinische Kenntnisprüfung in Mainz bestanden.Meine Prüfung Kommission bestand aus folgenden Ärzten (Frau Dr.Gohrbandt Chirurgie , Dr.Hock innere ,Pro.Dr.med.Thelen Radiologe)
-Innere :
Diabetes Mellitus Typ II (Ätiologie, Klinik ,Diagnostik)
pAVK(Klinik ,Stadieneinteilung , Einteilung mit Name ,Einteilung nach Lokalisation)
Ulkus Krankheit (Lokalisation, Diagnostik,Ursachen mit Prozent , Therapie)
Magenkarzinom (Einteilung, Prognose)
Arterielle Hypertonie (Ätiologie, Therapie , Ätiologie und Nebenwirkung von Medikamenten)
-Chirurgie :
Rektumkarzinom (Klinik,Diagnostik ,Tumormarker, Komplikation, Einteilung, Therapie, Radiochemotherapie)
Ulkus (Komplikationen)
Pankreatitis (alle Ursache)
Cholezystitis (Klinik, Diagnostik, Therapie)
Divertikulitis als Geschichte (DD, Diagnostik ,Therapie)
-Radiologie :
Mammographie (Welches Organ , Diagnostik und Einteilung Mamakarzinom)
Mitralklappen und Aortenklappen (stenose ,Insuffizienz und Geräusche)
Röntgenthorax Manifestationen bei Mitralklappenstenose
kongenitale Herzerkrankungen (Fallot Tetralogie und Aortenisthmusstenose)
Herzinsuffizienz (Einteilung, Namen von Einteilung,NYHA Abkürzung)
CT KI
MRT KI (welches Metall)und MRT Einheit
Röntgen von distale radiusfraktur und die Namen von Karpalknochen in Bilder
MRT Abdomen (Organen und Pankreatitis



am 14/10 habe ich die medizinische Kenntnisprüfung in Mainz bestanden.Meine Prüfung Kommission bestand aus folgenden Ärzten (Frau Dr.Gohrbandt Chirurgie , Dr.Hock innere ,Pro.Dr.med.Thelen Radiologe)

-Innere :

Diabetes Mellitus Typ II (Ätiologie,Klinik ,Diagnostik)

pAVK (Klinik ,Stadieneinteilung , Einteilung mit Name ,Einteilung nach Lokalisation)

Ulkus Krankheit (Lokalisation, Diagnostik,Ursachen mit Prozent,Therapie)

Magenkarzinom (Einteilung, Prognose)

Arterielle Hypertonie (Ätiologie, Therapie , Ätiologie und Nebenwirkung von Medikamenten)

-Chirurgie :

Rektumkarzinom (Klinik,Diagnostik , Tumormarker, Komplikation, Einteilung, Therapie, Radiochemotherapie)

Ulkus (Komplikationen)

Pankreatitis (alle Ursache)

Cholezystitis (Klinik, Diagnostik, Therapie)

Divertikulitis als Geschichte (DD, Diagnostik ,Therapie)

-Radiologie :

Mammographie (Welches Organ , Diagnostik und Einteilung Mamakarzinom)

Mitralklappen und Aortenklappen (stenose ,Insuffizienz und Geräusche)

Röntgenthorax Manifestationen bei Mitralklappenstenose

kongenitale Herzerkrankungen (Fallot Tetralogie und Aortenisthmusstenose)

Herzinsuffizienz (Einteilung, Namen von Einteilung,NYHA Abkürzung)

CT KI

MRT KI (welches Metall)und MRT Einheit

Röntgen von distale radiusfraktur und die Namen von Karpalknochen in Bilder

MRT Abdomen (Organen und Pankreatitis)

Mainz bestanden! Die Prüfungskommission: Fach Chirurgie, Fach Innere Medizin, ergänzende Fächer (Kinderarzt). Am 26.01 - der praktische Teil, ich sollte eine Patientin untersuchen, Anamnese erheben, Vorerkrankungen, Medikamente usw., dann haben wir mit die Prüferin darüber besprochen. Am nächsten Tag - Theorie. Fragen: 1. Die Patientin im Notaufnahme mit Bauchschmerzen und hat gelbe Haut, was machen Sie, welche Diagnose sind möglich, welche Untersuchung, Behandlung usw. 2. Vorhofflimern, relativ junger Mann, es passiert das erste Mal. 3. Kopfpankreaskarzinom, Diagnose, Untersuchung, Behandlung, Prognose. 4. Junge schlanke Frau mit Schwellung im Halsbereich rechts. Das war Schilddrüsekarzinom. 5. Im Ihrer Sprechstunden Mutter mit Mädchen mit Bauchschmerzen rechts. Blinddarmentzündung, nach Krankenhaus Einweisung, Symptome, Labor, was sehen Sie beim Ultraschall, OP Erklärung, laparoskopisch, wie lange dauert stationäre Behandlung. 6. Halsschenkelfraktur, Untersuchung, Behandlung. 7. Impfungen bei Kinder ab 11. Lebensmonat, welche. 8. Zecken-Borreliose (Lyme -Erkrankung) und FSME, und bakterielles Meningitis. 9. Im Sprechstunde 7 jährigen Kind, seit 3-4 Wochen Appetitlossigkeit, Müdigkeit, blass, seit 4 Tagen subfebriles Fieber. Milz vergrößert, Knochenmarkpunktion, wie heisst Hautausschlag, Leukose. 10. Windpocken, Diagnose, Behandlung, wann darf Kind in Kindergarten. 11. Typische Symptome (Konjunktivitis!) und Komplikation bei Massern. 12. Ganz kurz über Thrombozytopenie.
Alle Prüfer waren sehr nett



Anerkennungsprüfung in Mainz abgelegt und bestanden.
Meine Prüfungskommission hat von folgenden Ärzten bestanden(Dr. Hock Innere, Pro.Dr. Link Chirurgie, Pro.Dr. Thelen Radiologie).
Die Fragen waren als Folgenden:
Radiologie:
Bilder Darstellung im PC über DD Raumforderung in die Lung , Pneumonie Lungen-CA, Tuberkulose, Pneumthorax (hiermit wurde es über fast alles gefragt).

Innere:
Alles über ACS(akut koronarsyndrom), lleus, Kolon CA, ein Bild mit frei Luft in abdomen-übrsicht(was können die Ursache sein) .

Chirurgie:
Pankreas-CA (Dia+Therapie, inklu.Chemotherapie)
Alles über Appendizitis.
Alles über Radius Fraktur



Ich habe die GWKPrüfung in Mainz bestanden . Innere DD. Thorkale Schmerzen (Diagnostik , Behandlung) Leber zerrose , Durchfall Bei Clostridium . Chirurgie Akut Abdomin , Pankreatitis , Ileus ,Kolon Karzinom , Schenkelhals Fraktur .Pädiatrie Down Syndrom , Meningitis , Pneumonie , Antibiotik Gruppen . Gramnigativ , Positiv Bakterin . EKG VHF



am 14/10 habe ich die medizinische Kenntnisprüfung in Mainz bestanden.Meine Prüfung Kommission bestand aus folgenden Ärzten (Frau Dr.Gohrbandt Chirurgie , Dr.Hock innere ,Pro.Dr.med.Thelen Radiologe)
-Innere :
Diabetes Mellitus Typ II (Ätiologie,Klinik ,Diagnostik)
pAVK (Klinik ,Stadieneinteilung , Einteilung mit Name ,Einteilung nach Lokalisation)
Ulkus Krankheit (Lokalisation, Diagnostik,Ursachen mit Prozent,Therapie)
Magenkarzinom (Einteilung, Prognose)
Arterielle Hypertonie (Ätiologie, Therapie , Ätiologie und Nebenwirkung von Medikamenten)
-Chirurgie :
Rektumkarzinom (Klinik,Diagnostik , Tumormarker, Komplikation, Einteilung, Therapie, Radiochemotherapie)
Ulkus (Komplikationen)
Pankreatitis (alle Ursache)
Cholezystitis (Klinik, Diagnostik, Therapie)
Divertikulitis als Geschichte (DD, Diagnostik ,Therapie)
-Radiologie :
Mammographie (Welches Organ , Diagnostik und Einteilung Mamakarzinom)
Mitralklappen und Aortenklappen (stenose ,Insuffizienz und Geräusche)
Röntgenthorax Manifestationen bei Mitralklappenstenose
kongenitale Herzerkrankungen (Fallot Tetralogie und Aortenisthmusstenose)
Herzinsuffizienz (Einteilung, Namen von Einteilung,NYHA Abkürzung)
CT KI
MRT KI (welches Metall)und MRT Einheit
Röntgen von distale radiusfraktur und die Namen von Karpalknochen in Bilder
MRT Abdomen (Organen und Pankreatitis)



Kenntnisprüfung Mainz 11.2016
Prüfer: Radio, Chirurgie, Innere

Radio:
Lungenfibrose,Sarkoidose, mit Bilder.
Chronische Frakturkomplikation mit Bilder. Mammakarzinom an Mammographie. Distalradiusfraktur.
Strahlenschäden.

Innere:
Aszitis, VHF, CHADS Score, Hydronephrose Sono.Bild.
Lungenödem. Ulkus duodeni und Ventrikuli. Pleuraerguss Rö.

Chirurgie:
Appendizitis, Sigmadivertikulitis, Rektumkarzinom,
SHF, Colezystitis, Pankreatitis, Weber Fraktur.



am 14/10 habe ich die medizinische Kenntnisprüfung in Mainz bestanden.Meine Prüfung Kommission bestand aus folgenden Ärzten (Frau Dr.Gohrbandt Chirurgie , Dr.Hock innere ,Pro.Dr.med.Thelen Radiologe)
-Innere :
Diabetes Mellitus Typ II (Ätiologie,Klinik ,Diagnostik)
pAVK (Klinik ,Stadieneinteilung , Einteilung mit Name ,Einteilung nach Lokalisation)
Ulkus Krankheit (Lokalisation, Diagnostik,Ursachen mit Prozent,Therapie)
Magenkarzinom (Einteilung, Prognose)
Arterielle Hypertonie (Ätiologie, Therapie , Ätiologie und Nebenwirkung von Medikamenten)
-Chirurgie :
Rektumkarzinom (Klinik,Diagnostik , Tumormarker, Komplikation, Einteilung, Therapie, Radiochemotherapie)
Ulkus (Komplikationen)
Pankreatitis (alle Ursache)
Cholezystitis (Klinik, Diagnostik, Therapie)
Divertikulitis als Geschichte (DD, Diagnostik ,Therapie)
-Radiologie :
Mammographie (Welches Organ , Diagnostik und Einteilung Mamakarzinom)
Mitralklappen und Aortenklappen (stenose ,Insuffizienz und Geräusche)
Röntgenthorax Manifestationen bei Mitralklappenstenose
kongenitale Herzerkrankungen (Fallot Tetralogie und Aortenisthmusstenose)
Herzinsuffizienz (Einteilung, Namen von Einteilung,NYHA Abkürzung)
CT KI
MRT KI (welches Metall)und MRT Einheit
Röntgen von distale radiusfraktur und die Namen von Karpalknochen in Bilder
MRT Abdomen (Organen und Pankreatitis)



Hallo, meine Prüfung war in Rheinland-Pfalz / Uniklinikum Mainz :

-Patientenvorstellung am 12.12.2016 mit Dr. med. Corvinus:
Meine Patientin war chirurgisch, wurde bei GERD Symptomatik bei bekannter Hiatus Hernie mit Magenantirefluxsystem vor 6 Tagen operiert. Ich war allein am Anfang , ich habe 30 min gebraucht , um die Akte der Patientin durchzulesen. Dann bin ich alleine zu meiner Patientin gegangen und habe die ganze körperliche Untersuchung in 15-20 min durchgeführt. Dr. Corvinus ist gekommen , ich habe die Patientin Vorgestellt (er wollte nur Die Zusammenfassung , dass heißt 70 jährige Frau...., Hauptdiagnose und Operation , Relevate Anamnese , Vorerkrankungen und Voroperationen, auffällige Befunde bei der Untersuchung... etc) dann ich habe ihm gezeigt wie macht man bestimmte Untersuchungen (er sagt zum Beispiel zeig mir wie machen Sie die Untersuchung des Abdomens, des Herzens, periphere Pulse , ... Etc)
Wichtig ist , dass du alles schreiben muss , du kriegst wie einen Papierbogen und du muss alles schreiben, er nimmt die Originale und du kannst eine Kopie bekommen.
Die Prüfung war insgesamt 2 Stunden lang, aber nicht sehr schwierig, (siehe 1st Kommentar 40 min Video für die körperliche Untersuchung)

- Kenntnisprüfung am 16.12.2016
Prüfer : Chirurgie (Dr. Med. Corvinus) , Innere Medizin (Dr. Med. Brill) und Radiologie (Prof. Dr. Med. Thelen)

Der Chirurg und der Internist haben sich mehr auf meine Patientin von der Patientenvorstellung-Prüfung konzentriert.
(alles was die Patientin hat wurde gefragt, echt alles)

1- Chirurgie : ich musste die Patientin wieder kurz vorstellen, wurde gefragt(Ich und der andere Kollege: GERD , Hiatushernie, Stammvarikose , pAVK, Divertikulitis , akutes Abdomen, DD re Oberbauchschmerzen, DD links Unterbauchschmerzen(vor allem bei Frauen), Chronische entzündliche Darmerkrankungen, Osophaguskarzinom , Berret, Achalesie , Hernieformen , Leberzirrhose , CHILD Klassifikation , Cholezystolithiasis, Cholezystitis , Polytrauma und paar andere Fragen , ich hab nicht alles im Kopf. Aber er fragte alles von Pathophysiologie bis Therapie und Nachbehandlung. Das heißt du musssssssss alles was deine Patientin hat und rechtig guttttttt vorbereiten.

2-Innere Medizin: Diabetes Mellitus Typ 2 (von Definition bis Therapie und kurz über die Unterschiede zwischen den verschiedenen oralen Antidiabetika, also alles über DM, eben DM typ 1) , Metabolisches Syndrom , Herzinsuffizienz , art. Hypertonie, Adipositas , BMI , HbA1C , GTT , er hat auch über ihre Medikamente gefragt , (zum Beispiel , lasix oder Torem: neben Wirkungen bla bla , Drug Interactions , Indikationen , Kontraindikationen ...etc), GERD, Synkopen , AVB , Karotissinussyndrom, Myokardinfarkt , Troponin , Thorakale Schmerzen , Nachbehandlungsplan bei Patientin z.n. karzinom , Pshychotherapie ist sehr wichtig bei solchen Patienten, palliative Patienten , darf ein Palliativpatient rauchen oder Alkohol trinken ? (JA, er darf alles was er will essen oder trinken) , wenn der Patient sagt ich will kein mehr und er ist klar , was würdest du machen ? (ich mach was er will und dokumentiere alles) ,,,,
Dr. Brill ist sehr sehr nett, manchmal fragt er komplizierte Fragen , wenn so sag einfach ich weiß nicht :) ,

3- Radiologie (er zeigt die Bilder und fragt dir von diesen Bildern) : Sarkoidose , Lungenfibrose , Interstitielle Lungenerkrankungen , Dekompensierte Herzinsuffizienz , Asbestose , Skiliose , Mammographie Befunde bei Mammakarzinom , Formen von Mammakarzinom , was ist Paget Karzinom ?, klinische Zeichen bei Brustkarzinom, Pneumpthorax, formen ,

Spannungspneumpthorax, ,mechanismus , radologische Zeichen , therapie , normales Thorax-Röntgen, MRT LWS , Anatomie (alles im Bild musste ich zeigen) , bis wo läuft den Rückenmark ? And was läuft danach ? WK-Fraktur , Radiusfraktur , Namen von Handwurzelknochen..... Und paar andere Fragen)

Bücher, die ich empfehele:
1- 50 wichtigste Fälle Innere Medizin
2- 50 wichtigste Fälle Chirurgie
3- Protokollen von Dr. Brill und Prof. Dr. Thelen von dieser Facebookgrzppe sind staaark empfohlen
4- Amboss-App ist seeeeehr wichtig , da viele Details fehlen in den obengenannten Bücher

Sprache: sprich klar, langsam und einfac



So jetzt bin endlich bereit über meine Prüfung in Mainz zu erzählen. Die war am 23 und 26 Mai. Praktisches Teil hat Chirurg Hirschburger geprüft. Wir waren(ich und noch eine Kollege) auf chirurgischen Station. Er hat uns alle Befunde und Vorbriefe von Patienten gegeben und hat was über die Patienten erzählt. Ich hatte einen nach Rectumresektion bei Rectum Ca. Ich musste Anamnese erheben, ihn körperlich untersuchen und dass alles zusammenfassen. Herr Hirschburger ist super nett, sodass Sie keinen Angst kriegen.
Jetzt zu theoretischem Teil. Da waren Hirschburger, Thelen(Radiologie) und Laakman (Innere-Pulmonologie). Wir wurden jede 20 Minuten gekreuzt von 3 Prüfern gefragt.
Thelen war gruselig und hat mehr Angst als andere gemacht. Er fragt: angeborene Herzfehler, Asbestose, Silikose, Anatomie (Ich hab Schultergelenk, Kollege Sprunggelenk und Wirbelsäule) Erkrankungen der Aorte (Aneurysma) . Kontrastmittel (Ich denke er wollte gesamte Klassifikation vo Kollege hören: positive, negative; und dann Barium und Gastrographin.)Wo benutzt man die und welche Untersuchungen muss vorher machen(Crea, TSH)
Laakman war ganz nett, wenn du was nicht beantworte kannst lasst dir Zeit und hilft mit der Antwort. Synkope, Ursachen(Alkohol und Drogen bei Jüngeren und Apoplex bei Alten) Welche Untersuchungen muss man machen. COPD Behandlung nach Stadium. Hat ein Foto mit Aszites gezeigt. Wann tritt Aszites auf (Zirrhose, bei Mamma und Ovarial Ca) BGA Werte , CO2 Narkose, NIV, Wann muss schon intubieren? Komplikationen von Zirrhose. Kollege hat er EKG gezeigt mit TAA bei VHF. CHAD Vascore? Marcumar und NOAK(alle waren der Meinung das Marcumar viel besser ist)
Chirurg hat nach typischen Krankheiten. Außerdem hat er mit dem Patient aus praktischem Teil angefangen, sodass mich hat er nach Rectum Ca gefragt. Postoperative Komplikationen. Mesenteriale Thrombose.Behandlung, Bauchschmerzen, Cholezystitis 4 F Regel. Zugang subclavia besser, da sie immer gefüllt ist.
Was hab ich gelesen: Innere Medizin , Chirurgie und Bildgebende Verfahren in Frage und Antwort
140 Fälle Chirurgie, 150 Fälle Innere



Mündlicher Teil War gar nicht so schlimm, wie ich es mir gedacht habe. Zuerst Chirurgie - Radius Fraktur (er hat Rö - Bild gezeigt- das war typisches Muster dieser Fraktur) Diagnostik, klinisches Bild, wie lange Gipsschine, welche Gelenke werden frei gelassen. Dann Inguinal Hernie, klinisches Bild, Op' s nach diesen zwei Autoren beschreiben. Dritte Frage - Verbrennung - hat Bild damit gezeigt, ich musste sagen, wie viel von Haut betroffen ist (in Prozent). Dann auch Therapie und unbedingt zu sagen - viel Eiweiß zu geben. Danach hat Pädiater verschiedene Fächer gefragt. Hier hat er 4-5 ultraschall und röntgen Bilder gezeigt, ich hatte Nierenstein mit beginnender Aufstau, Raumforderung in Leber (DD) , Coxarthrose in Röntgen, Ileus im nativen Rö-Bild. Aus Pharmakologie Anwendung von Medikamenten (oral, i.v, intraossär, subcutan..), aus Pädiatrie - klinisches Bild und Therapie von supraglottischer Laryngitis. Und zu guter Letzt - innere Medizin: Morbus Crohn und Colitis ulcerosa (DD und Therapie, Komplikationen), bronchiales Karzinom (Metastasierung, erste Symptome, Prognose und Therapie) , Pneumotorax - bei jungen Menschen, Therapie, erste Versorgung



Bundesland: Reihnland-Pfalz **Stadt:** Mainz **Datum:** 31.03.2017

Prüfungsfächer:

Chirurgie / Innere Medizin / Pädiatrie

Prüfungskommission:

Zu jedem Fach gab es ein spezialisierter Arzt.

Sehr nette Prüfungskommission.

Prüfungsablauf:

Die Prüfungsdauer war zwei Tage:

- Erster Tag: körperliche Untersuchung + Anamneseerhebung (1:30-1:45 Std. pro Patient)
- Zweiter Tag: Prüfung der theoretischen Kenntnisse

Praktischer Teil:

- Eine Patientin mit Vorerkrankungen und wurde einmal im Abdomen-Bereich operiert. Sie litt unter Verstopfung und Erbrechen. Nach der Untersuchung könnte man feststellen, dass unter Ilius leidet (Prüfling eigene Vorstellung).
- Anamnese und körperliche Untersuchung
- Perkussion und oberflächliche Palpation des Abdomens
- Untersuchung der Lymphknoten
- Was ist beim Patienten auffällig?
- Nach Befragung der Patientin hat der Prüfling herausgefunden, dass sie metastasiertes Kolonkarzinom hat.
- Kolonkarzinom-Klassifikation
- TNM- Klassifikation.

Mündlicher Teil:

Chirurgie

- Ein Patient ist beim Gehen gestürzt was ist der mögliche Bruch? (Colles-Fraktur)
- Colles-Fraktur Typen und die verschiedenen Bruchwinkel
- Welche Maßnahmen unternimmt man bei einem Patienten auf der Station mit starken Bauchschmerzen? Der Prof. wollte abdominal Ultrasonographie hören, weil es schnell und günstig ist.
- Ausführliche Fragen über Verstopfungen
- Arteria-Mesenterica-Superior-Syndrom
- Fragen zu Hernien im Bauchbereich (Incisional hernia)
- Meckel-Divertikel im Ilium
- Wann macht man Enterostoma

Innere Medizin

- EKG von Patient mit Vorhofflimmern
- VHF: Ursachen und Behandlung
- Herzinsuffizienz: Ursachen u. Behandlung
- Bild vom Patienten mit Aszites (Caput medusae)
- Fragen zur Leberzirrhose und zum Leberkarzinom
- Antikoagulantium (Heparin, Cumarin-Derivate)
- Wie verhindert man die Wirkung der Antikoagulantia bei einer Blutung?
- INR-Werte
- Behandlung von Myokardinfarkt (MI)

Pädiatrie

- Der Schwerpunkt war Impfstoffe (Tollwut, Tetanus)
- Anaphylaxie: Symptome und Therapie (Allergie-Medikamente)
- Adrenalin, Histamin-antagonisten
- Pseudokrupp: Symptome u. Therapie
- Wie sollte man reagieren Falls der Patient in Deutschland unerlaubten Medikamenten nimmt? sehr wichtig den Chef darüber zu informieren, bevor man den Patienten Medikamenten liefert.
- Bei der Behandlung muss man alles schriftlich dokumentieren.

Meine Prüfung war in Merzig

Ich habe sie bestanden sowie meine 2 andere Kollegen.

Die Fragen sind wie folgt:

Fall 1: akute dekompensation bei ischmische Kardiomyopathie

- klinische Befund und Anamnese
- Mitralklappenstenöse Ursachen und Mechanismus
- Zeichen von linken herzinsuffizienz
- Mechanismus von Pluralerguss Drainage und Herzinsuffizienz
- Untersuchungen für Herzinsuffizienz und was erwartet man in Echokardiographie Bei Mitralstenöse.
- EKG interpretieren, es war Vorhofflimmern
- wie behandelt man Vorhofflimmern
- warum Pradaxa ist am besten
- Was geben wir als Heparin bei Niereninsuffizienz, Dosierung und Form
- Reflexe waren schwach in der Unterschenkeln: Ursachen ? Welche klinische Untersuchungen führen wir durch?
- Spironolacton ist welche Art von Diuretika und Nebenwirkung
- was ist Romberg Test
- Narbe in Brust, wie heißt den Narb (midstenal)
- Narb im Bauch, Hernie. Behandlung ?
- Zeichen der Appendizitis
- Risiko appendektomie
- Erreger der Hautentzündung
- Kolikschmerzen Beispielen
- Typ von Steinen

Fall 2 Lungen Embolie

- Anamnese und Untersuchung
- Indikation der lyse Therapie
- Untersuchungen der Lungen embolie
- Epilepsie Behandlung
- Hb Senkung Ursachen
- Ösophagusvarizen Behandlung
- Darmblutung ddx
- NSAID Nebenwirkung
- Anticoaglant Überwachung
- EKG : wpw

Fall 3 Pneumonie

- Anamnese und Untersuchung
- Einteilung Pneumonie
- Pneumonie Untersuchungen und gewartete Befund
- Definition der COPD
- Erreger der ambulant erworbene Pneumonie
- Kopfschmerzen ddx
-Meningitis klinische Zeichen
- Arten der Meningitis
- Behandlung der Meningitis
- laségue test
- Knie klinische Untersuchung
- Antibiose Nebenwirkung
- Behandlung der pseudocolitis
- Behandlung der brolliose
- Erreger der bakterielle Meningitis
- klinisch Befund der meningokokke
- dissonierte intravaskulare coaglulopathie Komplikation
- Kreuzband Untersuchung und Mechanismus der Kreuzbandriss

Meine Prüfung war in Merzig

Ich habe sie bestanden sowie meine 2 andere Kollegen.

Die Fragen waren wie folgt:

Fall 1: akute dekompensation bei ischmische Kardiomyopathie

- klinische Befund und Anamnese
- Mitralklappenstenose Ursachen und Mechanismus
- Zeichen von linken herzinsuffizienz
- Mechanismus von Pleuraerguss Drainage und Herzinsuffizienz
- Untersuchungen für Herzinsuffizienz und was erwartet man in Echokardiographie Bei Mitralstenose.
- EKG interpretieren, es war Vorhofflimmern
- wie behandelt man Vorhofflimmern
- warum Pradaxa ist am besten
- Was geben wir als Heparin bei Niereninsuffizienz, Dosierung und Form
- Reflexe waren schwach in der Unterschenkel: Ursachen ? Welche klinische Untersuchungen führen wir durch?
- Spironolacton ist welche Art von Diuretika und Nebenwirkung
- was ist Romberg Test
- Narbe in Brust, wie heißt die Narbe (midiasternal)
- Narbe im Bauch, Hernie. Behandlung ?
- Zeichen der Appendizitis
- Risiko appendektomie
- Erreger der Hautentzündung
- Kolikschmerzen Beispielen
- Typ von Steinen

Fall 2 Lungen Embolie

- Anamnese und Untersuchung
- Indikation der lyse Therapie
- Untersuchungen der Lungen embolie
- Epilepsie Behandlung
- Hb Senkung Ursachen
- Ösophagusvarizen Behandlung
- Darmblutung ddx
- NSAID Nebenwirkung
- Antikoaglant Überwachung
- EKG : wpw

Fall 3 Pneumonie

- Anamnese und Untersuchung
- Einteilung Pneumonie
- Pneumonie Untersuchungen und gewartete Befund
- Definition der COPD
- Erreger der ambulant erworbene Pneumonie
- Kopfschmerzen ddx



-Meningitis klinische Zeichen
- Arten der Meningitis
- Behandlung der Meningitis
- laségue test
- Knie klinische Untersuchung
- Antibiose Nebenwirkung
- Behandlung der pseudocolitis
- Behandlung der Borrelliose
- Erreger der bakterielle Meningitis
- klinisch Befund der meningokokke
- dissonierte intravaskulare koaglulopathie Komplikation
- Kreuzband Untersuchung und Mechanismus der Kreuzbandriss



Kenntnispruefung im Saarland
Kommission (Neurologie, Innere Medizin, Chirurgie)
Dauer : 8:30 bis 17 Uhr (9 Uhr bis 12 Uhr : Anamnese erheben mit kompleter klinischer Untersuchung bei 2 Pat. , chirurgisch und internistisch . Dann 2 Pat. Vorstellung mit den Auffaelligkeiten bei der Untersuchung......dann Fragen und Antworte)
Vorbereitung : Fallbuch Innere Medizin und Chirurgie und Amboss
Untersuchung : Amboss und Youtube
Am wichtigsten bei der Pruefung ist die Vorstellung
Antworte sollen detaliert und gezielt sein

Fragen :
- Untersuchung der Lunge (Inspektion .... mit Abklaerung was zu suchen)
- Wie kann man schneller Lungen-Perkusion machen ? (mit den Finger auf den Ruecken zu beklopfen, ohne das, auf den Mittelfinger zu bekolpfen)
- Zusammenhand zwischen COPD und starker Schmerzen in Brust-WS .... Kortison langfristig>>> Osteoporose >>>
- Wichtig ist laterale Auskultation, warum ? Mittellappen der rechten Lunge
- Pat. mit akute Exazerbation von COPD ohne Infiltrat in Ro-Thorax, wann kann man Antibiose geben? (Anthinson-Kriterien .... alle)
- Welche Antibiose geben Sie hier ? (Unacid.... Dosierung)
- Geben Sie Unacid hier ? Nein... .....Warum ? (die Pat. hat Penicillin Allergie)....was geben Sie als alternativ ? Tazobac .... Dosierung....
- Klinische Auffalligekeiten bei Pneumothorax ? (Symptome und Untersuchungsbefund)
- Wie behandeln wir Pneumothrax ?(je nachdem..... Stabilitaet... O2,Schmerzmittel,Monaldi, Bulla Drainage, Sog-Drainage, oder Kontrolle in kleiner und Mantel .... in Details)
- Abdomen-Untersuchung...... was nach der Inspektion ?.... Auskultation ... warum ? um Verfaelschung von DG zu vermeiden...
- Lebergrenze-Bestimmung , wie ? Palpation,Perkusion, Kratzen.......
- DD untere Bauchschmerzen (ALLE)
- Ihre Diagnose ? akute Diverticultis
- Diagnostik..... Sono, Ro-Uebersicht, CT mit 3 KM, Urinstatus und B-hCG.....Labor...
- Behandlung von akuter Diverticulitis ? je nach Schwergrad 2017 Leitlinien
- Wann zu operieren ? Komplikationen , kein Ansprechen auf konservative Therapie..... als Notfall und elektiv , wann elektive.... z.B. chronische rezd. Diverticulitis........
- Was fuer OP bei Diverticulitis ? Laproskopisch, wann …. Laparotomie …wann?
- Anastomose-Verfahren ?? Primar…. Erklaerung… und nach Hartmann… erklarung
- Wann nach Hartmann ? kotige Peritonitis und altere Pat. mit schwerem Verlauf... heutezutage selten durchgefuert
- Vorteile und Nachteile Laproskopie und Laparotomie.......
- Behandlung Gichtanfall .... Leitlinien 2017.
- Behandlung von chronischem Gicht .... Nebenwirkungen und die 3 Forme der Medikation .... warum geben wir Allopurinol bei akutem Gichtanfall nicht.... was zu kontrollieren bei Allopurinol Gabe......
- Nebenwirkungen Colichicin .... Schwere Durchfall und KM-Toxisitaet
- Nebenwirkungen Thyriostatika ..... Aplastische Anaemie.....

- Behandelen wir Pat. mit Nabelhernie bei Azsitis bei Leberzirrhose? Nein.... warum? Viele Grunde........ Kein Risiko von Einklemmung, fuehrt zur Mutliorganversagen bei Flussigkeitverlust................
- Pat. mit KS, Sehstoerung und Kieferschmerzen beim Kauen.... Blickdiagnose ... A.temporalis... was zu suchen im Labor ..... BSG. .... Wie behandel ..... SOFORT Gluckokorikoide .....warum sofort ..... Blindheitsgefahr
- Wie kann man MS diagnostizieren? MRT+KM raemliche und zeitlich Dissemination, LP... was zu sehen.... Oligoklonale Bande und IgG-Index .... SEP, AEP,VEP ...
- Lysezeitfenster im Schlaganfall....... KI........
- Warum benutzen wir nur Aktilyse ..... woher kommt Streptokinase ..... Nebenwirkung von Streptokinase ..... Dosis von Aktilyse
- Neu in deutsche Leitlinien statt ICD....... Reainmationsvest
- DD Thrombozytopenie ....
- HIT 1 und 2 ..... Unterschied
- Weissliche Belaege auf Zunge.... Diagnose ....Mundsoor..... Erreger.... Orale Candidiose .... Candida albican..... Ursache……. Viele.....
- Insbesondere …. Asthma…. Was zu machen …. Spacer und Mundspulung ... Essen nach Spray ....
- Behandlung von Candidiose .



#Approbation #Kenntnisprüfung #gleichwertigkeitsprüfung #saarland

Meine Prüfung war in Merzig

Ich habe sie bestanden sowie meine 2 andere Kollegen.

Die Fragen sind wie folgt:

Fall 1: akute dekompensation bei ischmische Kardiomyopathie

- klinische Befund und Anamnese
- Mitralklappenstenöse Ursachen und Mechanismus
- Zeichen von linken herzinsuffizienz
- Mechanismus von Pluralerguss Drainage und Herzinsuffizienz
- Untersuchungen für Herzinsuffizienz und was erwartet man in Echokardiographie Bei Mitralstenöse.
- EKG interpretieren, es war Vorhofflimmern
- wie behandelt man Vorhofflimmern
- warum Pradaxa ist am besten
- Was geben wir als Heparin bei Niereninsuffizienz, Dosierung und Form
- Reflexe waren schwach in der Unterschenkeln: Ursachen ? Welche klinische Untersuchungen führen wir durch?
- Spironolacton ist welche Art von Diuretika und Nebenwirkung
- was ist Romberg Test
- Narbe in Brust, wie heißt den Narb (midstenal)
- Narb im Bauch, Hernie. Behandlung ?
- Zeichen der Appendizitis
- Risiko appendektomie
- Erreger der Hautentzündung
- Kolikschmerzen Beispielen
- Typ von Steinen

Fall 2 Lungen Embolie

- Anamnese und Untersuchung
- Indikation der lyse Therapie
- Untersuchungen der Lungen embolie
- Epilepsie Behandlung
- Hb Senkung Ursachen
- Ösophagusvarizen Behandlung
- Darmblutung ddx
- NSAID Nebenwirkung
- Anticoaglant Überwachung
- EKG : wpw

Fall 3 Pneumonie



- Anamnese und Untersuchung
- Einteilung Pneumonie
- Pneumonie Untersuchungen und gewartete Befund
- Definition der COPD
- Erreger der ambulant erworbene Pneumonie
- Kopfschmerzen ddx
-Meningitis klinische Zeichen
- Arten der Meningitis
- Behandlung der Meningitis
- laségue test
- Knie klinische Untersuchung
- Antibiose Nebenwirkung
- Behandlung der pseudocolitis
- Behandlung der brolliose
- Erreger der bakterielle Meningitis
- klinisch Befund der meningokokke
- dissonierte intravaskulare coaglulopathie Komplikation
- Kreuzband Untersuchung und Mechanismus der Kreuzbandriss



1. Tag: Patientin nach Aortenklappeersatz bei AS lll mit endokarditis
Anamnese, Untersuchung und ein Bericht schreiben
2. Tag:
Erst der Patient kurz vorstellen.
Die Fragen (an mich und die Kollegen)
الأسئلة النظري الي و للزملاء يلي قدمو معي
Innere: Akutes Abdomen in der Notaufnahme (Vorgehen) dann hat er ein gastroskopisches Bild gezeigt (was seht man? Ulkus. Welches Stadium?) Ulkus Klassifikation, Therapie, Komplikation. wann Chirurgie. Andere Ursachen einer Oberen GIB. Therapie Ösophagusvarizen. Akute Pankreatitis, Ursachen , Therapie. Dann EKG (AV-Block lll) mesentrial artery Abgang, TVT, NOAK , LE.

Chirurgie: stark thorakale schmerzen in der Notaufnahme --> von der Anamnese: stichtartige schmerzen. --> aortendissektion -->. Diagnose sicheren als Assistenzarzt in der Notaufnahme--> Ultraschall --> was sieht man. Es gab bei ihm auch ein perikarderguss ? Was macht man. ((wichtig keine Punktion !!!))) Klassifikation einer aortendissektion. Der Patient hat Stanford Typ 1. was machen sie? Chirurg informieren. Er sagt dass es jetzt spät ist und wird sich morgen früh darum kümmern, was machen Sie? ((Er muss unbedingt kommen)). Warum? ((Stanford 1 ohne operative Behandlung hat eine Mortalität von 50% in der ersten 48 h)). Patient mit Stanford Typ 2 und der Chirurg will nicht kommen was machen Sie? ((Bei Stanford B ist die Mortalität bei operativen Behandlung höher als bei konservative Behandlung, deswegen muss der Chirurg nachts nicht kommen)). Aortenaneurysma, Komplikationen.
Häufigste Frakturen bei Fußball Spieler, warum manchmal Herzinfarkt bei Fußball Spielern ? biologische und mechanische Herzklappen (pros und contras), arterieller Bypass und venenbypass.

Impfungen in Deutschland, Kaiserschnitt und vaginale Entbindung: welche muss mehr ausgewählt werden (vaginale) !!! ((diese Fragen waren an die Kollegin, die vom kurzen ein Kind bekommen hat))

Anästhesie: Sprunggelenk Fraktur mit TVT (Heparin in der Therapie) welche Anästhesie Form wurde ausgewählt (am besten regionalanästhesie) warum ? (Falls es zur Blutung kam, kann man die Gefäße kombinieren), was sind die Anästhesie Formen. (regionalanästhesie, spinalanästhesie , allgemein ..)Kontra Indikationen bei spinalanästhesie?
Bei aortenstenose welche Form wurde ausgewählt? Warum hier spinalanästhiesie kontraindiziert ?
Auf die Station pat nach op mit niedriger HB wert ? Was machen Sie. Wie transfundiert man EKs? Warum Bedsid Test? Worüber muss der Patient aufgeklärt werden?
Sirs, Sepsis Schock. Reanimation (wann defi, wann Adrenalin, Dose)

الدراسة كانت من Fallbuch (innere, Chirurgie, Anästhesie) Miamed, DocCheck, Protokolls (online)

و مع كمان Frau Meißner اللجنة كانت جدا متعاونة و لطيفة جدا. اغلب الأسئلة عشكل حالات سريرية. كان معنا خلال الفحص موظفة تانية. ما طلع صوتن كل الفحص 🙂
كالعادة متل بقية الشباب بعد الفحص مننتظر برا شي نص ساعة و بعدا بتخبرنا اللجنة بالنتائج. بتمنى التوفيق للجميع

Kolorektales-Karzinom:
i. Klinik (Früh- und Spätsymptome)
ii. Häufig, Wie viel Prozent an der Vorsorge Teilnehmen
iii. Diagnostik und Therapie (Operation,Chemo, Radio in Rektal)
iv. TNM-Klassifikation mit y,v, Pn, Grading, Stagin
v. die erste 4 Solidtumoren (Frauen und Männer)
vi. Herzinfrakt (Diagnose, Therapie, Risikofaktoren)
vii. EKG mit Hinterwandinfrakt.

Chirugie:

I. Cholezystitis (chronisch und akut), Labor (Lekozytose, BSG, CRP, Bili, ALP) , Sonographischezeichen, Therapie: akute Phase, Chronische Cholezystitis, wann Laparskopisch kontraindiziert !, warum trefft Frauen mehr als Manner (Hormone ?), Komplikationen.

II. Leistenhernie : Leistenkanalanatomie, direkte und indirekte Hernien, die Diagnose durch Körperliche Untersuchung, Differentialdiagnose, Therapie : Operationen Standerdverfahren (TAPP, TEPP), Laparskopisch Verfahren, im Kinderalter GnRH Therapie.

III. ERCP: Indikation und Nebenwirckung (er wollte auf die Pankreatitis hinweisen.

Neurologie:
I. Subarachnoidalblutung : Ursache: traumatisch nicht-traumatisch (am ehesten Aneurysam , am haufigsten Arteria communicans anterior), Risikofaktoren, Pathogenese und Symptome, Diagnostik : wichtig im LP die 3. Gläser-Probe, die Liqourfarbe Veränderung in akut und chronischeblutung), Therapie: Konservative Therpie, Prophylaxe einer Rezidivblutung (der Unterschied zwischen Coiling und Clipping)

II. MS: warum heißt es so (er wollte auf die Definition hinweissen: entzündlich-demyelinisierender Erkrankungen des zentralen Nervensystems !), Formen und Symptome(Die typischen Symptome), Diagnostik (im Körperlicheuntersuchung pos. Pyramidenbahnzeichen, LP, MRT T2-gewichtete), Therapie: Schube und chronischetherapie, ewtl. was bedeutet ein Schub !

Bundesland: Sachsen **Stadt: Chemnitz** **Datum: April 2017**

Prüfungsfächer:

Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie

Prüfungskommission:

Vorsitzender: PD Dr. med. Detlef Quietzsch (Innere Medizin)

Prüfer Chirurgie: Prof. Dr. med. habil. Joachim Boese-Landgraf

Prüfer Neurologie: Prof. Dr. med. Jürgen Klingelhöfer

Prüfungsablauf:

Wir wurden auf drei verschiedene Patienten der Abteilung für Chirurgie verteilt und erhielten je ein Formular des Krankenhauses, um die Anamnese, die klinische Untersuchung, die Laborwerte und die Vorgehensweise zur Behandlung des Patienten zu notieren.

Wir hatten dafür etwa 2h 15min Zeit und sollten uns danach alle zur Besprechung im selben Raum einfinden.

Mein Fall war eine Patientin mit Cholezystitis bei Cholecystolithiasis, die Patienten meiner beiden Kollegen hatten einmal eine Periphere Arterielle Verschlusskrankheit und der andere Patient ein Struma bei Morbus Basedow.

Bei der Besprechung nahm der Prüfer uns zuerst die ausgefüllten Formulare ab, las sie sich durch und fragte anschließend zuerst sehr einfache Fragen, wie die Wichtigkeit der Familienanamnese und den Unterschied zwischen einem akutem Nierenversagen gegenüber einem chronischen etc. Danach wurde eine halbe Stunde Pause gemacht und dann begann der mündliche Teil der Prüfung.

Praktischer Teil:

Mündlicher Teil:

Fragen aus der Inneren Medizin:

- Kolorektales-Karzinom: Klinik (Früh- und Spätsymptome), Häufigkeit? Wie viel Prozent nehmen an der Vorsorge teil? Diagnostik und Therapie? -> Operation, Chemo, Radio von rektal
- Allgemein: TNM-Klassifikation mit y, v, Pn, Grading, Staging
- die vier häufigsten Solidtumoren (bei Frauen und sowie bei Männern)
- Herzinfarkt - Diagnose, Therapie, Risikofaktoren
- EKG auswerten -> Hinterwandinfarkt

Fragen aus der Chirurgie:

- Cholezystitis (chronisch und akut), Welche Laborveränderungen? -> Lekozytose, BSG, CRP, Bili, ALP, Sonographie- Zeichen? Therapie: in akuter Phase? Bei chronischer Cholezystitis? Wann laparoskopisch? Wann kontraindiziert? Warum mehr Frauen als Männer betroffen? Komplikationen?
- Leistenhernie : Leistenkanalanatomie, direkte und indirekte Hernien, die Diagnose durch körperliche Untersuchung, Differentialdiagnosen, Therapie : welche operativen Standartverfahren? -> TAPP, TEPP, laparoskopische Verfahren, im Kinderalter: GnRH Therapie

- Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) : Indikation und Nebenwirkungen -> u.a. Pankreatitis

Fragen aus der Neurologie:

- Subarachnoidalblutung : Ursachen? Traumatisch, Nicht-traumatisch (am ehesten Aneurysma -> am häufigsten Arteria communicans anterior), Risikofaktoren, Pathogenese und Symptome?
- Diagnostik der Subarachnoidalblutung: 3 Gläser-Probe bei Liquor Punktion und die Liquorfarben - Veränderung bei akuten oder chronischen Blutungen
- Therapie der Subarachnoidalblutung: Konservative Therapie, Prophylaxe einer Rezidivblutung - der Unterschied zwischen Coiling und Clipping?
- MS (Multiple Sklerose): Warum heißt die Krankheit so? -> Definition: entzündlich- demyelinisierende Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Formen und typische Symptome?
- Diagnostik MS: bei körperlicher Untersuchung: positive Pyramidenbahnzeichen, Liquor Punktion, T2-gewichtetes MRT
- Therapie MS: bei Schüben und die eventuelle chronische Therapie?
- MS: Was bedeutet ein Schub?

Bundesland: Sachsen **Stadt: Dresden** **Datum: August 2016**

Prüfungsfächer:

Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie

Prüfungskommission:

Zu jedem Prüfungsfach gab es einen fachspezifischen Prüfer.

Prüfungsablauf:

Die Prüfung war über zwei Tage verteilt.

Am ersten Tag sollte man bei einer Patientin nach Aortenklappenersatz bei Aortenklappen- Stenose Grad III mit Endokarditis, eine Anamnese erheben, eine körperliche Untersuchung vornehmen und abschließend einen Bericht schreiben.

Am zweiten Tag sollte man die Patientin kurz vorstellen und im Anschluss folgte der mündliche Teil der Prüfung.

Praktischer Teil:

Mündlicher Teil:

Die Fragen hier sind eine Sammlung aller Fragen, die während der Prüfung an die verschiedenen Prüflinge gestellt wurden.

Fragen aus der Inneren Medizin:

- Akutes Abdomen in der Notaufnahme – Vorgehen?
- Gastroskopisches Bild vorlegt bekommen - Was sieht man? -> einen Ulkus. Welches Stadium?
- Anschließend: Ulkus Klassifikation, Therapie, Komplikation. Wann Chirurgie?.
- Weitere, mögliche Ursachen einer Oberen Gastro- Intestinalen Blutung.
- Therapie Ösophagusvarizen
- Akute Pankreatitis - Ursachen , Therapie
- Abgang der Arteria mesenterica
- EKG auswerten -> AV-Block III
- Tiefe Venen- Thrombose
- neue orale Antikoagulanzien
- Lungenembolie
- Impfungen in Deutschland
- Kaiserschnitt oder vaginale Entbindung: welche soll präferiert werden? -> Vaginale.

Fragen aus der Chirurgie:

- Starke, thorakale Schmerzen in der Notaufnahme, bei der Anamnese: stichtartige Schmerzen. Vermutung? -> Aortendissektion.
- Wie sichert man als Assistenzarzt in der Notaufnahme die Diagnose Aortendissektion? -> Ultraschall.

  Was sieht man dort im US?
- Der Patient hatte zusätzlich einen Perikarderguss. Was macht man? (wichtig: keine Punktion!)
- Klassifikationen einer Aortendissektion
- Der Patient hat Stanford Typ 1. Was machen Sie? -> Chirurg informieren. Er sagt, dass es jetzt spät ist und er sich morgen früh darum kümmern wird. Was machen Sie? - Chirurg muss unbedingt kommen, weil Stanford Typ 1 ohne operative Behandlung eine Mortalität von 50% in der ersten 48 h hat.
- Was machen Sie bei einem Patient mit Stanford Typ 2, wenn der Chirurg hier nicht kommen möchte? ->Bei Stanford B ist die Mortalität bei operativen Behandlung höher als bei konservative Behandlung, deswegen muss der Chirurg nachts nicht kommen.
- Aortenaneurysma - Komplikationen?
- Häufigste Frakturen bei Fußball Spielern?
- Warum manchmal Herzinfarkt bei Fußball Spielern?
- Biologische und mechanische Herzklappen - pros und contras.
- arterieller Bypass und Venenbypass

Fragen aus der Anästhesie:

- Sprunggelenksfraktur mit Tiefer Venen Thrombose (Heparin als Therapie). Welche Anästhesie Form wurde ausgewählt? -> am besten Lokalanästhesie. Warum ? - Falls es zur Blutungen kommt, kann man die Gefäße kombinieren.
- Was sind die Anästhesie Formen? -> Lokalanästhesie, Spinalanästhesie , Vollnarkose etc.
- Kontra Indikationen bei Spinalanästhesie?
- Bei Aortenstenose, welche Anästhesie Form wird gewählt? Warum ist hier Spinalanästhesie kontraindiziert?
- Was machen Sie bei einem Patienten, der Post- OP einen niedrigen HB Wert hat?
- Wie transfundiert man EKs? Warum Bedsid Test? Worüber muss der Patient aufgeklärt werden?

  -> SIRS, Sepsis, Schock.
- Reanimation - Wann Defibrillation? Wann Adrenalin? Welche Dosis?



Bundesland: Sachsen **Stadt:** **Datum: 03. November 2016**

Prüfungsfächer:

Innere Medizin (va. Hämatologie mit Onkologie), Chirurgie, Urologie

Prüfungskommission:

Prüfungsablauf:

Jeder Prüfling hat einen Patienten zugeteilt bekommen, den er dann untersuchen konnte, Anamnese erheben und Laborwerte lesen. Anschließend hat man den Patienten dem Prüfer vorgestellt und wurde dazu befragt. Danach gab es eine Pause, nach der dann die Prüflinge der Reihe nach je eine Stunde mündlich geprüft wurden.

Praktischer Teil:

Mein Patient hatte ein Plasmozytom, eine Niereninsuffizienz Stadium II, eine benigne Prostatahyperplasie und eine latente Hypothyreose.

Nach meiner Vorstellung des Patienten, hat der Prüfer noch nach den Formen der Erkrankung (Plasmozytom), den diagnostischen Maßnahmen, wie es bei Elektrophorese aussieht, den Therapeutischen Maßnahmen, den Komplikationen und der Letalität des Plasmozytoms gefragt.

Mündlicher Teil:

Fragen aus der Inneren Medizin:

- Raumforderung im linken Oberbauch : Mögliche Diagnose? DD ? -> Tumoren, Pseudozysten im Pankreasschwanz, Abszess usw.
- Wann ist die Milz zu tasten? Normale Größe? Welche Ursachen für Vergrößerung? Welche drei Erkrankungen machen die Milz extrem groß wie bei einer Schwangeren? -> Leishmaniose, Leukämie usw.
- Behandlung Ulkus Ventriculi?
- Ursachen einer Lebervergrößerung?
- Diagnose gastro- ösophageale Refluxkrankheit? Behandlung? OP Methode mit Komplikation (Stenose und Speisenröhrenkarzinom, in Prozent Häufigkeit!)
- Schmerzbehandlung, Stufenschema: Einteilung der Schmerzmittel: Acetaminophen , NSAIDs sowie Opioide

Fragen aus der Chirurgie:

- Patientin, 21 Jahre alt, mit akuten Schmerzen im rechten Unterbauch: Mögliche Diagnosen?
  -> Extrauteringravidität, Strangulation einer Ovarialzyste, akute Appendizitis

  Diagnosestellung: Sonographie des Bauches, bei Verdacht auf Extrauteringravidität, was noch zu prüfen?
  -> ß-HCG
- Appendizitis: Zeichen bei körperlicher Untersuchung sowie Therapie

- Patient mit plötzlich auftretenden, linksseitigen Wadenschmerzen, DD: Periphere Arterielle Verschlusskrankheit, Tiefe Venen Thrombose - Wie unterscheidet man beide voneinander? -> Duplex Sonographie und körperlichen Symptome
- Periphere Arterielle Verschlusskrankheit: Symptome, Stadien, Therapie und Risikofaktoren
- Patient mit Schenkelhalsfraktur: Welche Behandlung bei 25 Jährigem? Welche bei 68 Jährigem? Komplikationen der Fraktur sowie der OP?
- Welche Kindererkrankungen in Syrien diagnostiziert? -> Asthma bronchiale, Mandelentzündungen und Invaginationen -> Wie wurden die Invaginationen behandelt? -> Sowohl diagnostische als auch therapeutische Maßnahme: Kolon-Kontrasteinlauf
- Patient mit akuten Rückenschmerzen DD, sowie Therapie
- Pat mit akuten epigastrischen Schmerzen, DD , Perforationszeichen?
- Diagnosestellung sowie chirurgische Therapie des Ulkus. Wie funktioniert der Hämoccult-Test?

Fragen aus der Urologie:

- Prostatahyperplasie : Symptome, Einteilung, Diagnostik sowie Therapie. Was ist Tamsulosin und wie wirkt es? Was ist zu beachten? -> PSA und bei Verdacht auf Karzinom
- Nierensteine: Symptome, Formen, Welche zeigen sich auf dem Röntgenbild? Bei Harnsäuresteine: welche besondere Therapie gibt es? -> Alkalisierung des Harns

Bundesland: **Sachsen** **Stadt:** **Datum: 01. November 2016**

Prüfungsfächer:

Innere Medizin, Chirurgie, Urologie

Prüfungskommission:

Prüfungsablauf:

Praktischer Teil:

Man bekam einen Patienten zugeteilt, bei dem man die Anamnese, körperliche Untersuchung, Laborauswertung und Dokumentation vornehmen sollte. Mein Patient war auf der unfallchirurgischen Station und wurde wegen einer Schenkelhalsfraktur stationär aufgenommen und mittels TEP links versorgt. Er war zudem bekannt für eine kardiale Dekompensation bei einer hypertensiven Entgleisung, einer Koronaren Herzkrankheit, sowie einer Spinalkanalstenose und einem Harnstau mit Harnwegsinfekt bei einer benignen Prostata Hyperplasie. Als Medikamente, nahm er ASS, Bisoprolol und Enalapril ein.

Bei der körperlichen Untersuchung fiel auf:

Haut trocken, Pulmo: Rasselgeräusche basal beidseitig mit fehlendem Atemgeräusch links basal und gedämpftem Klopfschall (Erguss), leichte, symmetrische, weggdrückbare Beinödeme, leichter Druckschmerz in suprapubischem Bereich (frisch liegender Blasenkatheter). Fußpulse seitengleich nicht tastbar.

Neurologisch: PSReflex, TPReflex, ASReflex links nicht auslösbar, rechts schwach auslösbar, verminderter Muskeltonus der Unteren Extremitäten seitengleich, Kraftverminderung beidseits (links viel mehr als rechts) des M. Quadrizeps, des M. Hallucis longus sowie des M. triceps surae, Hypästhesie auf der lateralen Seiten beider Unterschenkel.

Fragen zum praktischen Teil:

- Diagnosen und Nebendiagnosen sowie DD: Mononeuropathie im Bereich der Dermatome L3-L4, L5, S1, DD: eine Polyneropathie: primäre/ hereditäre und sekundäre, oder:
- Spinalkanalstenose: die wahrscheinlichste Diagnose bei ihm - Definition, Ursachen, Diagnostik, Therapie
- Was fällt Ihnen hier auf? -> Dass die Befunde nicht ganz für eine Spinalkanalstenose typisch sind, aber die radikulären Beschwerden korrelieren nicht mit der Frakturheilungsstörung. Somit kann sie durch eine Spinalkanalstenose am ehesten erklärt werden.
- pAVK: da die peripheren Pulse fehlen und die Haut leicht kalt und blass ist -> chronische pAVK
- Erklären Sie die vaskuläre Untersuchung der Unteren Extremitäten und die weitere Diagnostik der pAVK: Inspektion, Ratschow- Lagerungstest (Wie? Wann pathologisch?), ABI Messung – normale und pathologischen Werte?
- Tiefe Venen Thrombose (TVT) - Zeichen? Wie diagnostizieren? -> Duplex Sonographie.
- Prädisponierende Faktoren von pAVK, TVT sowie Formen , Typen und Ursachen, pAVK: Therapie nach Stadien
- Bei einem Patienten mit Vorhofflimmern und chronisch blassen Füßen funktioniert die Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) Therapie trotz ausreichender Antikoagulationstherapie nicht und die Füße werden immer blasser. Was ist die einzige Lösung? -> Die Katheterfragmentation oder mechanische Embolektomie (bei einer älteren Embolie: kein Ansprechen auf Antikoagulation oder Lyse)

Mündlicher Teil:

Fragen aus der Innere Medizin:

- Mechanismus der Kardialen Dekompensation -> Erhöhung des intravasalen, hydrostatischen Drucks etc., Formen, Stadien, Ursachen, welche Medikamente mit Details? Insbesondere: Spironolakton, ab welchem Stadium? Wann nach ACS?
- Was ist das sekundäre Renin- Angiotensin- Aldosteron System und warum wird es hier aktiviert?
- Was sieht man auf dem Röntgenbild der Lunge? Was bei körperlicher Untersuchung? DD von Rasselgeräuschen der Lunge? Unterschied zwischen feuchten und trockenen Rasselgeräuschen . Wo sieht man sie?
- Chronische und akute Bronchitis - Symptome und körperlicher Untersuchungsbefund
- Röntgenbild von einer Athelektase mit Pneumothorax und bi- hilärer Lymphadenopathie mit Port , DD? und verschiedene Formen vom Pneumothorax? Therapie: bei offenem Pneumothorax: Verschluss der Wunde mit einem Verband und Pleurapunktion mit einer großlumigen Kanüle im 2 ICR noch am Unfallort, dann Thoraxdrainage im 4 ICR.
- Was ist besonders an dieser Drainage ? -> ein Schlauch- Saugsystem
- leichter Pneumothorax bei asymptomatischen Patienten benötigt keine Therapie
- Was ist die Diagnose und die Ursache des pathologischen Befundes bei diesem Patienten: Iatrogener Pneumothorax nach Anlage eines Port-Systems zur Lymphomtherapie
- DD von akuter Luftnot (nach körperlicher Untersuchung, Labor und Diagnostik)?

Fragen aus der Chirurgie:

- Kniegelenksverletzung: nennen Sie die Bänder des Kniegelenks, Untersuchung jener Bänder mit Erklärung des jeweiligen Tests -> seitliche Aufklappbarkeit bei Varus- oder Valgusstress bei Seitenband-Ruptur, Schublade-Test, Lachmantest
- Untersuchung der Menisken -> Steinmann1 und Apply-Test
- Therapie von Meniskenriss? -> Arthroskopisch
- Komplikationen bei verzögerter Behandlung? -> Gelenkinstabilität, Varus, Valgus, Arthrose
- DD? -> Patellarsehnenruptur (aber: Fehlende Extension, wie sieht sie aus? -> Nach außen verlagert)
- Welche Therapie bei Patellarsehnenruptur?

Fragen aus der Urologie:

- DD Harndrang (mit Diagnostik)
- DD Harnstau
- BPH (Benigne Prostata Hyperplasie): Stadien, Ursachen, Digitale Rektale Untersuchung, Therapie? -> Finastirid ,Tamsulin - welchen Gruppen gehören sie an? Komplikationen der Therapie?
- Einem Patienten wurde ein Dauerkatheter angelegt, aber er möchte nicht mit dem Katheter nach Hause, was machen Sie? -> Suprapubischer - Katheter
- Die Unterschiede zwischen normalem und suprapubischem Katheter?
- Urinstreifen, Urin Kultur, Mittelstrahlurin (wann ist dieser signifikant?)
- DD Harnwegsinfekt (HWI)? -> Urethritis
- Pyelonephritis - Therapie und Therapiedauer

- Mir wurden abschließend zwei Urintests vorgelegt, die Keto- Positiv waren – Vermutung? -> Diabetische Ketoazidose und diabetischen Nephropathie (einige Fragen hierzu)

Bundesland: **Sachsen** **Stadt:** **Datum: 16. September 2016**

Prüfungsfächer:

Innere Medizin, Chirurgie, Pathologie

Prüfungskommission:

Prüfer Innere Medizin: Herr Dr. Donoval

Prüfer Chirurgie: Herr Dr. Sutter

Prüfer Pathologie: Herr Dr. Dietrich

Prüfungsablauf:

Die komplette Prüfung fand an einem Tag statt.

Praktischer Teil:

Man bekam einen Patienten zugeteilt, bei dem man eine Anamnese erheben sollte, anschließend eine körperliche Untersuchung vornehmen und abschließend alles dokumentieren sollte. Meine Patientin hatte eine akute Pankreatitis.

Mündlicher Teil:

Fragen aus der Inneren Medizin:

- metabolisches Syndrom - Welche Empfehlungen an den Patienten?
- biliäre Pankreatitis, hereditäre Pankreatitis, Cholestase, Gallenblasensteine etc.
- DD der Pankreatitis
- EKG befunden: Hinterwandherzinfarkt, was sieht man im EKG?
- akutes Koronarsyndrom (= Angina Pectoris)
- NSTEMI - Welche Herzenzyme? Medikamentöse Behandlung mit Dosis?
- Was ist Palliativmedizin? Wodurch zeichnet sie sich aus?
- B-Symptomatik -> unerklärliches Fieber, massiver Nachtschweiß, ungewollter Gewichtsverlust in den letzten 6 Monaten)

Fragen aus der Chirurgie:

- Schilddrüsenkarzinom - Was macht man als Diagnostik? Warum? -> Sonografie, Szintigrafie, Feinnadelpunktion etc. Was ist die Behandlung? -> Schilddrüsenresektion, wie funktioniert die OP?

  Wie ist die post- OP Nachsorge? -> Radioiodtherapie ohne zuerst Levothyroxin zu geben (da Levothyroxin Wirkung der Radioiodtherapie vermindert).
- Ist das der Fall bei einem medullären C - Zell Karzinom? -> Nein, da Radiotherapie darauf keine Wirkung hat, deshalb wird hier Thyroxin nach der Operation substituiert.
- Akutes Abdomen - DD? -> Ileus, Ulkus, usw.
- Patient mit akutem Bauchschmerz mit Laktatanstieg – Verdacht? -> Mesenterialischämie (v.a. A. mesenterica superior – Verschluss)

- Warum ist Vorhofflimmern am häufigsten?

Fragen aus der Pathologie:

- Was sieht man im MRT bei einer akuten Pankreatitis?
- Welche verschiedenen Sorten von Pankreatitis gibt es aus pathologischer Sicht?
- Welche Informationen fordert der Chirurg von dem Pathologen vor einer Tumorresektion an?
    - ➔ Morphologie, Staging TNM, Tumorrand.
- Was bedeutet TNM genau mit Beispielen?

Kenntnisprüfung in Sachsen-Anhalt – Halle, Prüfungskommission: Dr. Rüssel (Hämatoonkologe), Dr. Siekmann (Unfall- und Allgemeinchirurgie) und Dr. Stoevesandt (Radiologe). 4 Kollegen, 2 Bestanden.

1. Teil: Anamnese mit einer Schauspielerin (30 mins): erst nur Anamnese, keine körperliche Untersuchung. Man bekommt einen Anamnesebogen, um Notizen zu machen (nicht zwingend), ich hab den benutzt. Waren 2 Patienten: 26-jährige Frau mit Bauchschmerzen und eine Frau mit Dyspnoe.

2. Teil: Labor- und Radiologiezettel ausfüllen (10 mins): einfach nur kreuzen welche Untersuchungen in eurem Fall zu machen sind (z.B. ßHCG, Ultraschall bei den Bauchschmerzen).

3. Teil: körperliche Untersuchung: je nach Fall spezifische Untersuchung. Ich hatte die Patientin mit Bauchschmerzen (mit der Anamnese eine typische Appendizitis), dann Appendizitiszeichen, 10 Differenzialdiagnosen für Schmerzen im rechten Unterbauch, allgemeine Zeichen für Peritonealreizung – Peritonitis. Meine Patientin hatte auch Migräne als Nebendiagnose Kopfschmerzen, Ursachen, Behandlung, Hirnmetastasen (welche Tumoren machen Hirnmetastasen).

4. Teil: BLS + Praktische Fähigkeiten (man bekommt einer Woche vor der Prüfung eine Liste von praktischen Fahigkeiten), bei uns war Bed-Side Test. BLS: Herzmassage + Beatmungsbeutel.

5. Teil: EKG- und Röntgenauswertung: mein Fall war ein großer Vorderwandinfarkt (STEMI) + eine subcapitale Humerusfraktur (CAVE: patologische Fraktur, nur beim Aufheben eines 20 Kg. Koffers!).

6. Teil: chirurgischen und internistische Prüfung: bei mir: chirurgisch Ulnakeilfraktur, mögliche Verletzungen beim Fallen auf gestreckte Hand (Colesfraktur, Radiusköpfchenfraktur), Gipsbehandlung in diesem Fall, wie legt man einen Gipsverband. Internistisch: Blutdruckmessung, normale Werte, genaue Beschreibung der Prozedur (Messung), Ursachen von Bluthochdruck, renale Hypertonie. Bei den Kollegen: Schmerztherapie (WHO Skala), Plasmapherese (Chemie nachlesen!), Blutzellen und Funktion, Haut Effloreszenz (waren eingentlich Petechien), Ursache von Petechien, welche Blutwerte muss man bestimmen (Thrombozyten), Pneumothorax mit Behandlung (Bülau + Monaldi Technik bei Thoraxdrainage), Friedrich Technik bei Wundbehandlung, Herzschrittmacher-EKG.



Sachsen-Anhalt – Halle, Prüfungskommission: Dr. Rüssel (Hämatoonkologe), Dr. Siekmann (Unfall- und Allgemeinchirurgie) und Dr. Stoevesandt (Radiologe). 4 Kollegen, 2 Bestanden.

1. Teil: Anamnese mit einer Schauspielerin (30 mins): erst nur Anamnese, keine körperliche Untersuchung. Man bekommt einen Anamnesebogen, um Notizen zu machen (nicht zwingend), ich hab den benutzt. Waren 2 Patienten: 26-jährige Frau mit Bauchschmerzen und eine Frau mit Dyspnoe.

2. Teil: Labor- und Radiologiezettel ausfüllen (10 mins): einfach nur kreuzen welche Untersuchungen in eurem Fall zu machen sind (z.B. ßHCG, Ultraschall bei den Bauchschmerzen).

3. Teil: körperliche Untersuchung: je nach Fall spezifische Untersuchung. Ich hatte die Patientin mit Bauchschmerzen (mit der Anamnese eine typische Appendizitis), dann Appendizitiszeichen, 10 Differenzialdiagnosen für Schmerzen im rechten Unterbauch, allgemeine Zeichen für Peritonealreizung – Peritonitis. Meine Patientin hatte auch Migräne als Nebendiagnose Kopfschmerzen, Ursachen, Behandlung, Hirnmetastasen (welche Tumoren machen Hirnmetastasen).

4. Teil: BLS + Praktische Fähigkeiten (man bekommt einer Woche vor der Prüfung eine Liste von praktischen Fahigkeiten), bei uns war Bed-Side Test. BLS: Herzmassage + Beatmungsbeutel.

5. Teil: EKG- und Röntgenauswertung: mein Fall war ein großer Vorderwandinfarkt (STEMI) + eine subcapitale Humerusfraktur (CAVE: patologische Fraktur, nur beim Aufheben eines 20 Kg. Koffers!).

6. Teil: chirurgischen und internistische Prüfung: bei mir: chirurgisch Ulnakeilfraktur, mögliche Verletzungen beim Fallen auf gestreckte Hand (Colesfraktur, Radiusköpfchenfraktur), Gipsbehandlung in diesem Fall, wie legt man einen Gipsverband. Internistisch: Blutdruckmessung, normale Werte, genaue Beschreibung der Prozedur (Messung), Ursachen von Bluthochdruck, renale Hypertonie. Bei den Kollegen: Schmerztherapie (WHO Skala), Plasmapherese (Chemie nachlesen!), Blutzellen und Funktion, Haut Effloreszenz (waren eingentlich Petechien), Ursache von Petechien, welche Blutwerte muss man bestimmen (Thrombozyten), Pneumothorax mit Behandlung (Bülau + Monaldi Technik bei Thoraxdrainage), Friedrich Technik bei Wundbehandlung, Herzschrittmacher-EKG



Hallo zusammen, ich habe die Kenntnisse Prüfung in Halle Sachsen-Anhalt Juni 2017 gemacht und bestanden.

Prüfung Kommission:

Dr. med. Walldorf
Dr. med. Siekmann
OA Dr. med. Stoevesandt

Teil 1 Pat. Aufnahme Gespräch (30 Minuten):

Anamnese (noch keine Untersuchung)
Meine pat hat Schluckstörung seit 4 Wochen,

Vorerkrankungen: Leber Zirrhose B, z.n Schädliche Alkohol Gebrauch, Raucher

Teil 2 (10 Minuten):
Verordnung für weiter Diagnostik Labor EKG, Ultraschal, Endoskopie, Rötungen ....etc.

Teil 3 (45 Minuten) :

Sie geben dir die Akte von Pat. mit Labor werte, EKG, Ultraschal ...etc und dazu die Vorbefunde und in dieser Zeit muss man den Brief schreiben (muss nicht viel detailliert Beschwerden, was wurde verordnet, Diagnosen ggf. DD, Prognose, und Therapie plan und Epikrise, bekommt man dazu Rote Liste und medizinische Wörterbuch.

Teil 4 (mit Pat. Untersuchung Und 3 Prüfer):

Pat. Kurzvorstellen und dann sie fangen mit den Fragen an.

erste Prüfer: Einteilung OesophagusKarzinom, (Mikroskopisch Einteilung) welche Teil von Oesophagus ist betroffen, Metastasen
Leber Untersuchung, Leberzirrhose, Zeichnen von Leberzirrhose, Aszites untersuchen

Zweite Prüfer: derselbe Pat leidet an schmerzen seit 1 Woche im Bereich Unterschenkel
Was konnte sein, ich habe gesagt TVT, Fragen: Risiko Faktoren für TVT, wie untersuchen Sie, Klinische Zeichnen.

Warum TVT ist gefährlich, 5 Karzinoms die an den Knochen metastasieren und von welche Metastasen in Konchen haben die Chirurgen eine Große Respekt (ich wusste nicht, er sagte Metastasen von Nieren Karzinom man muss erstmal die Tumore embolieren dann operieren, Gefahr von Starke Blutung)

Dritte Prüfer:
Warum Lungen Embolie gefährlich,(erhöhte pal. Druck und rt. Herz Belastung) der Weg von Embolie erklären von Unterschenkel bis Lungen (Anatomie)

Teil 5:
Herzreanimation: ich mache Herzmassage und der andere Kollege macht Beatmung mit Ambo für 2 Minuten und dann wechseln wir.

(hier ist wichtig als Team zu arbeiten, wer macht die Herzmassage muss die N.30 laut sagen so die andere Kollege kann mit Beatmung anfangen, wichtig ist der Kopf von die Puppe nach hinten ziehen und die Hals strecken, normalerweise ist die Puppe mit einem Computer verbunden und es wird der Reanimation beurteilt)
Blutgruppe Test (Bedside Test)

(gute Mischung ist wichtig)

Teil 6 (Alle Prüflinge zusammen) :

jede bekommt EKG und Röntgen Bild (man muss eine Karte einziehen)

Meine war Herzschrittmacher mit Vorhofflimmern/Femur-Hals Fraktur

Den anderen Kollegen:

AV block II Mobitz/Paralytische Illes

Distal Radius Fraktur /Extrasystole

Röntgen Thorax (ich könnte nicht sehen, aber der Prüfer hat ihn über mediastinaler Raumforderung gefragt!!) / STEMI

Und natürlich sie fragen viel über jede EKG, und Röntgenbilder (was sehen Sie) Ursache, Einteilung, Behandlung Möglichkeiten, Komplikationen, wann muss operieren.

letzte teil:

Fragen: Pneumothorax Einteilung , Ursache, Behandlung, Drainage Sorten und Methoden, Komplikationen

Pat. Erklärung Op proximal Femur Frakturen

Junge pat unter Stress kommt mit Hyperventilation, DD, was machen sie,

Warum so passiert (respiratorische Alkalose, Behandlung)

Gastrointestinal Blutungen, Einteilung, Klinik, Ursache, Behandlung, (in Ihre Praxis, was machen Sie)

Hernien, Definition, Einteilung, Klinik, Behandlung, Komplikationen.

Und noch andere Fragen aber ich kann nicht alles erinnern.

Die Prüfer sind nett und angenehm

Wir waren 4 Ärzte ,2 bestanden.

Es war lang vom 10:00 Uhr bis 17:00 Uhr mit Pausen zwischen die Teile.

Gleichwertigkeitsprüfung sachsen Anhalt 07.04.17
Prüfer Dr. P.Jehle (Internist), Dr. L.Becherer (Unfallchirurgie),
Dr. D.Stroevesandt (Radiologie)
Alle 4 haben bestanden. Prüfern waren sehr nett.
Fall: Z.n Mammacarzinom, jetzt mit LWK5 Fraktur (Pathol. Fraktur), Neurolg. Untersuchung,
Wirbelkörper Anatomie, etwas über Mammaca., WK Fraktur einteilung, Behandlung
EKG: VES (Bigeminus), VHF, STEMI
Röntgen: Thymoma, Colles Fraktur, Weber Fraktur
Generelle Fragen: Alles über normale Krankheiten, Arterielle Hypertonie, DM
Fall Beschreibung: Hypothyreose (Myxoedem), Aorten dissektion, Pneumonie ,
Dr.Stroevesandt fragst meisten über ICB, CT, MRI Indikationen und vorteile,
Bücher:



Gleichwertigkeitsprüfung sachsen Anhalt 07.04.17
Prüfer Dr. P.Jehle (Internist), Dr. L.Becherer (Unfallchirurgie),
Dr. D.Stroevesandt (Radiologie)
Alle 4 haben bestanden. Prüfern waren sehr nett.
Fall: Z.n Mammacarzinom, jetzt mit LWK5 Fraktur (Pathol. Fraktur), Neurolg. Untersuchung,
Wirbelkörper Anatomie, etwas über Mammaca., WK Fraktur einteilung, Behandlung
EKG: VES (Bigeminus), VHF, STEMI
Röntgen: Thymoma, Colles Fraktur, Weber Fraktur
Generelle Fragen: Alles über normale Krankheiten, Arterielle Hypertonie, DM
Fall Beschreibung: Hypothyreose (Myxoedem), Aorten dissektion, Pneumonie ,
Dr.Stroevesandt fragst meisten über ICB, CT, MRI Indikationen und vorteile,
Bücher:



Hallo zusammen, ich habe die Kenntnisse Prüfung in Halle Sachsen-Anhalt Juni 2017 gemacht und bestanden.

Prüfung Kommission:

Dr. med. Walldorf
Dr. med. Siekmann
OA Dr. med. Stoevesandt

Teil 1 Pat. Aufnahme Gespräch (30 Minuten):

Anamnese (noch keine Untersuchung)
Meine pat hat Schluckstörung seit 4 Wochen,

Vorerkrankungen: Leber Zirrhose B, z.n Schädliche Alkohol Gebrauch, Raucher

Teil 2 (10 Minuten):
Verordnung für weiter Diagnostik Labor EKG, Ultraschal, Endoskopie, Rötungen ....etc.

Teil 3 (45 Minuten) :

Sie geben dir die Akte von Pat. mit Labor werte, EKG, Ultraschal ...etc und dazu die Vorbefunde und in dieser Zeit muss man den Brief schreiben (muss nicht viel detailliert Beschwerden, was wurde verordnet, Diagnosen ggf. DD, Prognose, und Therapie plan und Epikrise, bekommt man dazu Rote Liste und medizinische Wörterbuch.

Teil 4 (mit Pat. Untersuchung Und 3 Prüfer):

Pat. Kurzvorstellen und dann sie fangen mit den Fragen an.

erste Prüfer: Einteilung OesophagusKarzinom, (Mikroskopisch Einteilung) welche Teil von Oesophagus ist betroffen, Metastasen
Leber Untersuchung, Leberzirrhose, Zeichnen von Leberzirrhose, Aszites untersuchen

Zweite Prüfer: derselbe Pat leidet an schmerzen seit 1 Woche im Bereich Unterschenkel
Was konnte sein, ich habe gesagt TVT, Fragen: Risiko Faktoren für TVT, wie untersuchen Sie, Klinische Zeichnen.

Warum TVT ist gefährlich, 5 Karzinoms die an den Knochen metastasieren und von welche Metastasen in Konchen haben die Chirurgen eine Große Respekt (ich wusste nicht, er sagte Metastasen von Nieren Karzinom man muss erstmal die Tumore embolieren dann operieren, Gefahr von Starke Blutung)

Dritte Prüfer:
Warum Lungen Embolie gefährlich,(erhöhte pal. Druck und rt. Herz Belastung) der Weg von Embolie erklären von Unterschenkel bis Lungen (Anatomie)

Teil 5:
Herzreanimation: ich mache Herzmassage und der andere Kollege macht Beatmung mit Ambo für 2 Minuten und dann wechseln wir.

(hier ist wichtig als Team zu arbeiten, wer macht die Herzmassage muss die N.30 laut sagen so die andere Kollege kann mit Beatmung anfangen, wichtig ist der Kopf von die Puppe nach hinten ziehen und die Hals strecken, normalerweise ist die Puppe mit einem Computer verbunden und es wird der Reanimation beurteilt)
Blutgruppe Test (Bedside Test)

(gute Mischung ist wichtig)

Teil 6 (Alle Prüflinge zusammen) :

jede bekommt EKG und Röntgen Bild (man muss eine Karte einziehen)

Meine war Herzschrittmacher mit Vorhofflimmern/Femur-Hals Fraktur

Den anderen Kollegen:

AV block II Mobitz/Paralytische Illes

Distal Radius Fraktur /Extrasystole

Röntgen Thorax (ich könnte nicht sehen, aber der Prüfer hat ihn über mediastinaler Raumforderung gefragt!!) / STEMI

Und natürlich sie fragen viel über jede EKG, und Röntgenbilder (was sehen Sie) Ursache, Einteilung, Behandlung Möglichkeiten, Komplikationen, wann muss operieren.

letzte teil:

Fragen: Pneumothorax Einteilung , Ursache, Behandlung, Drainage Sorten und Methoden, Komplikationen

Pat. Erklärung Op proximal Femur Frakturen

Junge pat unter Stress kommt mit Hyperventilation, DD, was machen sie,

Warum so passiert (respiratorische Alkalose, Behandlung)

Gastrointestinal Blutungen, Einteilung, Klinik, Ursache, Behandlung, (in Ihre Praxis, was machen Sie)

Hernien, Definition, Einteilung, Klinik, Behandlung, Komplikationen.

Und noch andere Fragen aber ich kann nicht alles erinnern.

Die Prüfer sind nett und angenehm

Wir waren 4 Ärzte ,2 bestanden.

Es war lang vom 10:00 Uhr bis 17:00 Uhr mit Pausen zwischen die Teile.

Ich habe von innere Medizin/Chirurgie fragen und Antwort- last Minute Pharmakologie – Bildgeberverfahren- die 50 wichtigste fall in EKG, AMBOSS Untersuchung Videos, die Vorbereitung gemacht, andere Kollegen von Fall Bücher aber meine Meinung nach Fall Buch reicht nicht für Sachsen-Anhalt Prüfung, besser von frage und Antworten Bücher.

Die Prüfung ist nicht schwer aber die Druck und Stress sind groß und ohne gute Vorbereitung es wird schwierig



Prüfung Kommission:

Dr. med. Walldorf
Dr. med. Siekmann
OA Dr. med. Stoevesandt

Teil 1 Pat. Aufnahme Gespräch (30 Minuten):

Anamnese (noch keine Untersuchung)
Meine pat hat Schluckstörung seit 4 Wochen,

Vorerkrankungen: Leber Zirrhose B, z.n Schädliche Alkohol Gebrauch, Raucher

Teil 2 (10 Minuten):
Verordnung für weiter Diagnostik Labor EKG, Ultraschal, Endoskopie, Rötungen ....etc.

Teil 3 (45 Minuten) :

Sie geben dir die Akte von Pat. mit Labor werte, EKG, Ultraschal ...etc und dazu die Vorbefunde und in dieser Zeit muss man den Brief schreiben (muss nicht viel detailliert Beschwerden, was wurde verordnet, Diagnosen ggf. DD, Prognose, und Therapie plan und Epikrise, bekommt man dazu Rote Liste und medizinische Wörterbuch.

Teil 4 (mit Pat. Untersuchung Und 3 Prüfer):

Pat. Kurzvorstellen und dann sie fangen mit den Fragen an.

erste Prüfer: Einteilung OesophagusKarzinom, (Mikroskopisch Einteilung) welche Teil von Oesophagus ist betroffen, Metastasen
Leber Untersuchung, Leberzirrhose, Zeichnen von Leberzirrhose, Aszites untersuchen

Zweite Prüfer: derselbe Pat leidet an schmerzen seit 1 Woche im Bereich Unterschenkel
Was konnte sein, ich habe gesagt TVT, Fragen: Risiko Faktoren für TVT, wie untersuchen Sie, Klinische Zeichnen.

Warum TVT ist gefährlich, 5 Karzinoms die an den Knochen metastasieren und von welche Metastasen in Konchen haben die Chirurgen eine Große Respekt (ich wusste nicht, er sagte Metastasen von Nieren Karzinom man muss erstmal die Tumore embolieren dann operieren, Gefahr von Starke Blutung)

Dritte Prüfer:
Warum Lungen Embolie gefährlich,(erhöhte pal. Druck und rt. Herz Belastung) der Weg von Embolie erklären von Unterschenkel bis Lungen (Anatomie)

Teil 5:
Herzreanimation: ich mache Herzmassage und der andere Kollege macht Beatmung mit Ambo für 2 Minuten und dann wechseln wir.

(hier ist wichtig als Team zu arbeiten, wer macht die Herzmassage muss die N.30 laut sagen so die andere Kollege kann mit Beatmung anfangen, wichtig ist der Kopf von die Puppe nach hinten

ziehen und die Hals strecken, normalerweise ist die Puppe mit einem Computer verbunden und es wird der Reanimation beurteilt)
Blutgruppe Test (Bedside Test)

(gute Mischung ist wichtig)

Teil 6 (Alle Prüflinge zusammen) :

jede bekommt EKG und Röntgen Bild (man muss eine Karte einziehen)

Meine war Herzschrittmacher mit Vorhofflimmern/Femur-Hals Fraktur

Den anderen Kollegen:

AV block II Mobitz/Paralytische Illes

Distal Radius Fraktur /Extrasystole

Röntgen Thorax (ich könnte nicht sehen, aber der Prüfer hat ihn über mediastinaler Raumforderung gefragt!!) / STEMI

Und natürlich sie fragen viel über jede EKG, und Röntgenbilder (was sehen Sie) Ursache, Einteilung, Behandlung Möglichkeiten, Komplikationen, wann muss operieren.

letzte teil:

Fragen: Pneumothorax Einteilung , Ursache, Behandlung, Drainage Sorten und Methoden, Komplikationen

Pat. Erklärung Op proximal Femur Frakturen

Junge pat unter Stress kommt mit Hyperventilation, DD, was machen sie,

Warum so passiert (respiratorische Alkalose, Behandlung)

Gastrointestinal Blutungen, Einteilung, Klinik, Ursache, Behandlung, (in Ihre Praxis, was machen Sie)

Hernien, Definition, Einteilung, Klinik, Behandlung, Komplikationen.

Und noch andere Fragen aber ich kann nicht alles erinnern.

Die Prüfer sind nett und angenehm

Wir waren 4 Ärzte ,2 bestanden.

Es war lang vom 10:00 Uhr bis 17:00 Uhr mit Pausen zwischen die Teile



Kenntnissprüfung Kiel :
Chirurgie -
1 . Der Patient vorstellen , über Kolonkarzinom die UICC Klassifikation, wie oft muss man Koloskopie machen , wann Chemo oder Radiation , welche andere Untersuchungen ... welche Tumormarker , CT .
2. Schilddrüsenkarzinom - wie viel Typen und Metastasierung , wer produziert Kalzitonin , wer ist der schlechteste / günstigste Prognose .
3 . Fr. loco typico - Rö Bild , Behandlung , andere Bild mit schlechte Position im Gips , welche andere Frakturen kennst du, welche operativ , welche konservativ .
Innere :
1. 60 jähriger Patient kommt in Notaufnahme mit Dyspnoe im Ruhe , was machst du , Therapie , BNP , D - Dimere. Viele Fragen hier .
2. Schlaganfall Ursachen , Dg , Therapie . Antikoagulanzien welche sind besser und warum ?
Allgemeinmedizin :
1. 45 jähriger Patient mit akute Schmerzen im LWS, viel über die Symptomen und Schmerztherapie , welche Schmerzmittel bei Polyneuropathie , bei Pat . mit Magenulcus welche , NSAR Kontraindikationen



ich habe am 2.3.2016 die Gleichwertigkeitprüfung in Schleswig Holstein bestanden. (Hmd)
Und weil ich von der Erfahrung anderer Kollegen viel profitiert habe, möchte ich auch meine Erfahrungen teilen.
Die praktische Prüfung war am 29.2.2016 in Sana Klinik Lübeck in der chirurgischen Abteilung bei Herrn Dr. Hoffmeister (der sehr nett war) ich hatte halbe Stunde für die Anamnese und klinische Untersuchung. Die Patientin hatte eine bimalleoläre Fraktur aber mann muss natürlich den ganzen Körper untersuchen und eine komplette Anamnese machen. Die Patientin hatte auch in der Vorgeschichte Hypotyrerose, Diabetes mellitus insulinpeflichtig und Hypertonus.
Nach der Untersuchung habe ich eine Röntgen vom Sprunggkenck bekommen wo die Diagnose klar war. Mann hat mich zum Glück nicht gefragt über die Klassifikation!

Die mündliche Prüfung war am 02.03.2016 die Prüfer waren
Dr Hoffmeister Chirurgie
PR. Steinhoff innere Medizin
Dr. Von Kugelgen allgemeine Medizin
Die Fragen waren über:
Allgemeine Medizin:
Diabetes mellitus: Therapie, chronische Komplikationen, diabetisches Fuß Klassifikation
Impfung (klassische Frage in Schleswig Holstein)
Demenz: Diagnose, Scores
Innere Medizin:
Hypertonus: Therapie der ersten Linie und der zweiten Linie
Nebenwirkungen der Thiaziden (Hyponatremie bei Hypersekretion von ADH)
Hypotyrerose: Diagnose, Ursachen, Therapie
Gastritis: Klassifikation, Therapie, Kontrolle (Biopsie ...)
Antikoagulation: fraktionierte und nicht frak Heparin, HIT Syndrom, NOAK (Mechanismus der Wirkung, Probleme)
Chirurgie:
Bimalleoläre Fraktur (Klassifikation, Therapie)
Osteosynthese (welche Arten gibt es)
Magenperforation Diagnose (ich hab auch eine Abdomen-Übersicht interpretiert) Therapie Biopsie nicht vegessen)
Cholezystolithiasis (Komplikationen, Therapie)
Pankreatitis



Bundesland: Thüringen **Stadt:** **Datum:**

Prüfungsfächer:

Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie

Prüfungskommission:

Prüfungsablauf:

Praktischer Teil:

Es wurden ein Röntgen Bild mit zu erkennender Tuberkulose vorgelegt, sowie ein CT der Lunge mit einer zu erkennenden Lungenembolie.

Des Weiteren sollte ein EKG befunden werden.

Mündlicher Teil:

Fragen aus der Inneren Medizin: Symptom Luftnot – Ursachen etc.? Myokard Infarkt? Pneumonie? Ursachen und Behandlung von unklarem Fieber

Fragen aus der Chirurgie: gastrointestinale Blutungen, postoperative Komplikationen

Fragen aus der Anästhesie: Schmerzbehandlung, Sepsis